Aus dem Institut für Sozialhygiene
und öffentliches Gesundheitswesen
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr. med. H. Genz

Untersuchungen zum Problem der häuslichen Versorgung, der Wohnverhältnisse und der ärztlichen Überwachung entlassener Alterspatienten

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Bernhard Kamper
Straelen

1975

Aus dem Institut für Sozialhygiene
und öffentliches Gesundheitswesen
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr. med. H. Genz

Untersuchungen zum Problem der häuslichen Versorgung, der Wohnverhältnisse und der ärztlichen Überwachung entlassener Alterspatienten

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Bernhard Kamper
Straelen

Referent: Prof. Dr. med. H. Genz

Koreferent: Prof. Dr. med. S. Kanowski

UNIV. LEIDEN BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 21. Okt. 1975

Druck: Zentrale Universitätsdruckerei, V a A 4

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
Material und Methodik	4
Dringlichkeitsquotient "Häusliche Pflege"	10
Dringlichkeitsquotient "Wohnverhältnisse"	14
Dringlichkeitsquotient "Ärztliche Überwachung"	18
Ergebnisse der Untersuchung	21
Teil I : Allgemeines	21
Teil II : Prozentuale Sterbegröße	24
Teil III : A) Häusliche Pflege	28
B) Wohnverhältnisse	32
C) Ärztliche Überwachung	40
Teil IV : Gesamtbewertung	45
Diskussion	51
Anhang	I

Fragebogen II

Angaben zur Person und Krankengeschichte III
Häusliche Pflege IV
Wohnverhältnisse VI
Ärztliche Überwachung IX
Gesamtbeurteilung XII

Literaturverzeichnis XIII

Tabellenverzeichnis

		Seite
Tab.1:	Anzahl und Geschlecht der Patienten	4
Tab.2:	Einweisungsmodus in das Malteser-Krankenhaus	5
Tab.3:	Durchschnittliche Gesamtdauer des Krankenhausaufenthaltes der 130 aus Akutkliniken übernommenen Patienten	5
Tab.4:	Art und Anzahl der der Krankengeschichte entnommenen Diagnosen	6
Tab.5:	Aufschlüsselung der Patientenzahl nach nicht Besuchten und Verstorbenen	21
Tab.6:	Wohnung der Patienten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Malteser-Krankenhaus verglichen mit ihrem Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Untersuchung	22
Tab.7:	Anzahl der Verstorbenen pro Vierteljahr nach der Entlassung und prozentuale Sterbegröße	24
Tab.8:	Das Ausmaß der häuslichen Pflege und dessen Verteilung auf die einzelnen Unterbringungsgruppen	28
Tab.9:	Verteilung der Dringlichkeitsstufen "Häusliche Pflege" auf die einzelnen Unterbringungsgruppen	30

Tab.10: Die an den Wohnungen und ihren Zugängen festgestellten Mängel und ihre Verteilung auf die einzelnen Unterbringungsgruppen 32

Tab.11: Verteilung der Dringlichkeitsstufen "Wohnverhältnisse" auf die einzelnen Unterbringungsgruppen 35

Tab.12: Die Gründe für das Nicht-Verlassen der Wohnung bzw. des Zimmers und ihre Verteilung auf die einzelnen Unterbringungsgruppen 37

Tab.13: Das Ausmaß der ärztlichen Kontrolle und seine Verteilung auf die einzelnen Unterbringungsgruppen 40

Tab.14: Verteilung der Dringlichkeitsstufen "Ärztliche Überwachung" auf die einzelnen Unterbringungsgruppen 43

Tab.15: Verteilung der beiden Benotungsgruppen auf die einzelnen Unterbringungsgruppen 49

Tab.16: Verteilung der Anzahl der erneuten Krankenhausaufenthalte auf die beiden Benotungsgruppen 50

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Zahl der Sterbefälle in den einzelnen Vierteljahren nach der Entlassung 25

Abb.2: Zahl der noch Lebenden in Abhängigkeit von der Zeit nach der Entlassung 26

Abb.3: Prozentuale Sterbegröße des ersten Vierteljahres nach der Entlassung verglichen mit der der darauffolgenden ganzen Jahre 27

Abb.4: Minuspunkte "Häusliche Pflege" der einzelnen Unterbringungsgruppen 31

Abb.5: Minuspunkte "Wohnverhältnisse" der einzelnen Unterbringungsgruppen 36

Abb.6: Minuspunkte "Ärztliche Überwachung" der einzelnen Unterbringungsgruppen 44

Abb.7: Vergleich der Anzahl der Minuspunkte der drei untersuchten Gebiete 46

Abb.8: Vergleich der Anzahl der Minuspunkte der vier Unterbringungsgruppen 47

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547206_0055

Für das freundliche Entgegenkommen und die großzügige Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchung danken wir allen Mitarbeitern des Malteser - Krankenhauses, 1 Berlin 19, Pillkaller Allee 1, besonders jedoch dem Chefarzt, Herrn Dr.med. Josef Böger

1. Einleitung

Es ist eine bekannte Tatsache, daß in den hochzivilisierten Ländern die Lebenserwartung der Menschen immer größer wird. In den letzten siebzig Jahren stieg sie um mehr als dreißig Jahre. Dieser erfreuliche Tatbestand, verursacht durch die großen Fortschritte in der Medizin und anderen Naturwissenschaften, hat zur Folge, daß in den hochentwickelten Gesellschaften sowohl eine proportionale als auch eine absolute Zunahme an alten Menschen stattfindet.
Gegen Ende des letzten Jahrhunderts betrug der Anteil der über Sechzigjährigen etwa 7% der Bevölkerung, 1975 wird er bei 20% liegen, d.h. jeder fünfte Bewohner der Bundesrepublik wird dann älter als sechzig Jahre sein.
In Berlin, der Stadt mit der höchsten Altersrate, waren Ende 1971 bereits annähernd 30% der Bevölkerung über sechzig Jahre alt.
Diese Altersexplosion stellt viele Bereiche unserer Gesellschaft vor neue Probleme, die es zu lösen gilt. Deshalb wird die gerontologische Forschung immer mehr eine vorrangige Aufgabe der modernen Industriegesellschaften.

Was die Humanmedizin angeht, so hat sie sich in immer stärkerem Maße mit der Erforschung, der Prophylaxe und der Therapie von Erkrankungen zu beschäftigen, die früher kaum in Erscheinung traten, heute jedoch aufgrund der allgemeinen Lebensverlängerung einen großen Teil des ärztlichen Patientengutes darstellen, da sie zumeist aus physiologischen Altersveränderungen hervorgehen. Diese sogenannten Alterskrankheiten zeichnen sich durch ihren chronischen Verlauf häufig bis ans Lebensende aus; dies bedeutet, daß die Alterspatienten lernen müssen, mit diesen Erkrankungen zu leben.

Die erkrankten alten Menschen sind in der Regel polymorbide; d.h., daß drei und mehr Diagnosen bei ein und demselben Kranken keine Seltenheit sind.
Immer mehr wird man in der Medizin dazu übergehen müssen, mit Hilfe geeigneter Fachleute und spezieller Einrichtungen diesen charakteristischen Merkmalen der Alterskrankheiten gerecht zu werden. In den letzten Jahren sind auf diesem Gebiet bereits Fortschritte erzielt worden.
Hier sei vor allem die Errichtung von Krankenhäusern für Langfristig- und Chronischkranke und die Angliederung entsprechender Abteilungen an Akutkrankenhäuser genannt, die den langen Krankheitsverläufen Rechnung tragen und in denen durch rehabilitative Einrichtungen, gezielte Pharmakotherapie und nicht zuletzt durch verständnisvollen Umgang mit den alten Menschen beachtliche Behandlungserfolge erzielt werden.
Viele Patienten kehren, wenn auch oft nach sehr langer klinischer Behandlung, in die heimische Umgebung zurück. Mit dem Verlassen des Krankenhauses sind diese Menschen sehr oft wieder auf sich allein gestellt. Die eventuell erforderliche behinderungsangepaßte Umgestaltung ihrer Wohnung, das Ausmaß der häuslichen Pflege sowie der weiteren ärztlichen Behandlung und die regelmäßige Einnahme wichtiger Medikamente liegen von nun an in ihrem Ermessen.

Zahlreiche Erfahrungen zeigen, daß geriatrische Patienten, die aus der Krankenhausbehandlung entlassen werden, einen höheren Betreuungsbedarf haben, daß die Wohnung, in die sie zurückkehren, bestimmten veränderten Anforderungen entsprechen muß, die sich aus der jeweiligen Behinderung ergeben, und daß der Bedarf an ärztlicher Kontrolle weit größer ist, als dies vor der Einweisung der Fall war. Dies erklärt sich daraus, daß die Patienten das Krankenhaus in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht geheilt, sondern nur gebessert bzw. "defekt" - geheilt verlassen. Sie selbst und auch ihre Umwelt müssen sich in vielen Bereichen auf ein durch ein ständiges Leiden beeinträchtigtes Leben einstellen.
Leider muß häufig die Feststellung gemacht werden, daß die bei älteren und alten Menschen durch eine stationäre Behandlung erreichte Stabilisierung des körperlichen und geistigen Zustandes nicht selten zu Hause früher oder später wieder zu-

sammenbricht. Ohne Zweifel sind ausreichende häusliche Pflege, die behinderungsadäquate Ausstattung der Wohnung sowie regelmäßige ärztliche Kontrollen wichtige Voraussetzungen, um das allgemeine Wohlbefinden des entlassenen Alterspatienten aufrechtzuerhalten und einen Rückfall in den ehemaligen Krankheitszustand zu verhindern.

Wieweit diese Voraussetzungen erfüllt sind, soll hier an 200 entlassenen Alterspatienten eines Krankenhauses für Langfrist- und Chronischkranke in Westberlin untersucht werden.

2. Material und Methodik

Die Untersuchung wurde an insgesamt 200 entlassenen Alterspatienten - 38 Frauen und 162 Männern - (s.Tab.1) des Malteser-Krankenhauses, einer Anstalt für Langfrist- und Chronischkranke in Westberlin durchgeführt.

Tab.1: Anzahl und Geschlecht der Patienten.

	Anzahl der Patienten	in %
männlich	38	19 %
weiblich	162	81 %
insgesamt	200	100 %

Zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung und dem der Befragung waren durchschnittlich 2 1/4 Jahre vergangen. Alle Befragten waren älter als sechzig Jahre; das Durchschnittsalter betrug zum Zeitpunkt der Untersuchung 77 1/4 Jahre.

65% dieser Patienten war aus Akutkliniken und 35% von Haus- oder Notärzten in das Malteser-Krankenhaus eingewiesen worden (s.Tab.2).

Tab.2: Einweisungsmodus in das Malteserkrankenhaus.

	Anzahl der Patienten	in %
eingewiesen vom Haus- oder Notarzt	70	35 %
übernommen aus einem Akutkrankenhaus	130	65 %
insgesamt	200	100 %

Die den Krankengeschichten entnommene durchschnittliche Behandlungsdauer der Befragten im Malteser-Krankenhaus betrug 145 Tage, die in den Akutkrankenhäusern 90 Tage, sodaß sich für 130 Patienten die Gesamtdauer der stationären Behandlung auf 235 Tage belief (s.Tab.3).

Tab.3: Durchschnittliche Gesamtdauer des Krankenhausaufenthaltes der 130 aus Akutkliniken übernommenen Patienten.

durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Tage
im Akutkrankenhaus	90
im Malteserkrankenhs	145
insgesamt	235

Die Anzahl der Diagnosen bei den einzelnen Patienten lag zwischen einer und sieben; also durchschnittlich 3,5 pro Befragtem, wobei sich diese Zahl aus der Gesamtzahl der gestellten Diagnosen und der Anzahl der Patienten durch Division ergibt. Über Art und Anzahl der Erkrankungen des untersuchten Kollektivs sowie ihren prozentualen Anteil bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten gibt Tabelle 4 Auskunft.
Auffallend hoch ist der Anteil der Erkrankungen von Herz/Kreislauf, Bewegungsapparat und Gefäßen einschließlich cerebraler Insulte, was nicht zuletzt daraus resultiert, daß das Malteser-Krankenhaus für die Behandlung dieser Krankheitszustände besonders spezialisiert ist (s.Tab.4).

Tab.4: Art und Anzahl der der Krankengeschichte entnommenen Diagnosen

Art der Erkrankungen	Anzahl der Diagnosen	in % bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten
Herz/Kreislauf	180	90
Bewegungsapparat	140	70
Gefäße einschließl. cerebraler Insulte	102	51
Verdauungstrakt	66	33
Stoffwechsel	52	26
Lunge	42	21
Niere und Harnwege	36	18
Nervensystem und Psyche	30	15
Augen	20	10
Systemerkrankungen Tumoren und anderes	30	15

Um den Grad der häuslichen Pflege, die Wohnverhältnisse und die medizinische Versorgung der entlassenen Patienten zu untersuchen, wurde ein Fragebogen mit drei Fragenkomplexen zu diesen drei Themen und den wichtigsten Daten der ehemaligen Krankengeschichte entwickelt. Im Rahmen eines jeweils etwa zweistündigen nicht vorangekündigten Hausbesuchs, der aus persönlichem Gespräch und Wohnungsbesichtigung bestand, wurde der Fragebogen (s.Anhang) vom Untersucher ausgefüllt.

Um eine rein numerische Aufzählung der vorgefundenen Fakten zu vermeiden und einen möglichst umfassenden Einblick in die Situation jedes einzelnen zu gewinnen, wurde ein Bewertungsschlüssel ausgearbeitet, der die vorgefundenen Fakten in Beziehung setzt zu den jeweiligen Erfordernissen.
Der Schlüssel ermittelt Dringlichkeitsstufen, und zwar durch einfache Division zweier Faktoren, deren Resultat den sogenannten Dringlichkeitsquotienten ergibt. Bestimmte Werte des Dringlichkeitsquotienten entsprechen bestimmten Dringlichkeitsstufen.
Die Faktoren sind Zahlen von eins bis fünf; sie stellen Noten dar. Die im Zähler stehenden Faktoren, die sogenannten Zählerfaktoren, sind für jedes der drei untersuchten Gebiete einzeln definiert. Sie zeigen jeweils den Grad entweder der Hilfsbedürftigkeit oder der Behinderung oder der Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten, also bestimmte Erfordernisse an. Die im Nenner stehenden Faktoren, die sogenannten Nennerfaktoren, entsprechen bestimmten beim Befragten vorgefundenen Fakten. Auch sie sind für jedes der drei untersuchten Gebiete einzeln definiert.
Der besseren Übersichtlichkeit halber werden rein technisch die Zählerfaktoren in römischen Zahlen (I,II,III,IV) und die Nennerfaktoren in arabischen Zahlen (1,2,3,4,5) angegeben. Zähler- und Nennerfaktoren sind so definiert, daß höhere Zählerfaktoren als schlechter und höhere Nennerfaktoren als besser anzusehen sind.
Die Situation des Befragten auf einem der untersuchten Gebiete ergibt sich wie bereits oben erwähnt aus der Division der bei-

den Faktoren, d.h. bestimmte Erfordernisse werden zu vorgefundenen Fakten in eine rechnerische Beziehung gesetzt, deren Ergebnis der sogenannte Dringlichkeitsquotient ist.
Der numerische Wert dieses Dringlichkeitsquotienten kann

1. "unter eins" liegen. In diesem Fall stellt sich die Situation des Patienten als gut dar. Veränderungen im Sinne einer Verbesserung der Situation sind nicht erforderlich; das bedeutet Dringlichkeitsstufe "0".
   Zusammenfassend: Dringlichkeitsquotient "unter eins" entspricht Dringlichkeitsstufe "0".
2. genau die Zahl "eins" ergeben. In diesem Fall wird die Situation des Befragten als noch bis gerade noch ertragbar angesehen. Veränderungen im Sinne einer Verbesserung der Situation sind erforderlich; das bedeutet Dringlichkeitsstufe "1".
   Zusammenfassend: Dringlichkeitsquotient "eins" entspricht Dringlichkeitsstufe "1".
3. "über eins" liegen. In diesem letzten Fall wird die Situation des Befragten in dem jeweils untersuchten Gebiet als nicht mehr tragbar angesehen. Veränderungen im Sinne einer Verbesserung sind äußerst dringend erforderlich, wenn man nicht einen schweren körperlichen oder seelischen Schaden des Patienten in Kauf nehmen will; das bedeutet Dringlichkeitsstufe "2".
   Zusammenfassend: Dringlichkeitsquotient "über eins" entspricht Dringlichkeitsstufe "2".

Sofern ein Befragter in dem Untersuchungsgebiet "Häusliche Pflege" nicht hilfsbedürftig oder in dem Gebiet "Wohnverhältnisse" weder körperlich noch geistig behindert ist oder im Bereich "Ärztliche Überwachung" keiner regelmäßigen ärztlichen Kontrolle bedarf, so erhält er für das jeweils untersuchte Gebiet den Zählerfaktor I. In einem solchen Fall, in dem - zumindest was unsere Untersuchung angeht - keine Erfordernisse vorhanden sind, werden die vorgefundenen Fakten (Nennerfaktoren) zur Bewertung der Situation nicht berücksichtigt. Hier bedeutet Zählerfaktor I Dringlichkeitsstufe "0", ohne daß eine Division mit dem Nennerfaktor stattgefunden hat.

Mit Hilfe des hiermit umrissenen, in den einzelnen Untersuchungsgebieten näher erläuterten Bewertungssystems, ergeben sich für jeden besuchten Patienten drei Dringlichkeitsstufen entsprechend den drei untersuchten Bereichen "Häusliche Pflege", Wohnverhältnisse" und "Ärztliche Überwachung".

Diese Dringlichkeitsstufen sind Grundlage für die im Hauptteil der Untersuchung durchgeführten Zahlenmanipulationen, mit Hilfe derer sich objektive Vergleiche durchführen lassen. Zur Vereinfachung werden die einzelnen rechnerischen Schritte dort erläutert, wo sie Anwendung finden.

Die einzelnen Dringlichkeitsquotienten errechnen sich wie folgt (s. auch den Fragebogen im Anhang):

1. Dringlichkeitsquotient "Häusliche Pflege"

Bei der Errechnung dieses Quotienten wird der Grad der Hilfsbedürftigkeit (= Hilfsbedürftigkeitsfaktor) in Beziehung gesetzt zum Ausmaß der häuslichen Pflege (= Betreuungsfaktor). Damit wird für jeden einzelnen Befragten festgestellt, ob die für ihn notwendige Hilfe voll gesichert, nur z.T. gesichert oder in keiner Weise ausreichend ist.

$$\text{Quotient "Häusliche Pflege"} = \frac{\text{Hilfsbedürftigkeitsfaktor}}{\text{Betreuungsfaktor}}$$

Es wurden drei Hilfsbedürftigkeitsfaktoren, angegeben in römischen Zahlen, und vier Betreuungsfaktoren, angegeben in arabischen Zahlen, ausgearbeitet.

Hilfsbedürftigkeitsfaktoren

I = nicht hilfsbedürftig = der Befragte ist in der Lage, alle für ihn erforderlichen Wege und Verrichtungen ohne besondere Anstrengung selbstständig, ohne Hilfestellung, durchzuführen

II = Der Befragte braucht mindestens zweimal wöchentlich zwei bis drei Stunden Hilfe
- bei der Verrichtung von Grobarbeit (z.B. Kochen, Einkaufen, Waschen, Putzen, Heizen)
- bei der Körperreinigung (z.B. beim Baden)

III = Der Befragte braucht eine ständige Hilfe
- beim täglichen An- und Auskleiden

- beim Kontakt mit der Umwelt (durch herabgesetzte Hör-, Sprach- oder Sehfähigkeit)
- bei der Fortbewegung (z.B. Stützen beim Gehen, Hilfe beim Fahren des Rollstuhls)
- wegen geistiger Abbauerscheinungen (Desorientierung zu Ort, Zeit und Person)
- wegen psychischer Störungen (z.B. Depressionen oder Affekte, durch die Personen oder Sachen gefährdet sind)
- bei der Behandlung von offenen Wunden (z.B. Dekubitalulcera oder Ulcera cruris)
- wegen Inkontinenz (Beseitigung der Fäkalien und anschließende Körperreinigung)
- bei der Nahrungsaufnahme (z.B. Füttern oder Halten des Trinkgefäßes)
- wegen Bettlägerigkeit (z.B. Anlegen und Beseitigen von Urinflaschen und Bettpfannen oder Hilfe beim Besteigen des Nachtstuhls)

Betreuungsfaktoren

1 = überhaupt keine Hilfe vorhanden

2 = Hilfe höchstens 1x wöchentlich für zwei bis drei Stunden

3 = Hilfe mindestens 2x wöchentlich für zwei bis drei Stunden

4 = Dauerhilfe (Tag und Nacht) oder der Patient lebt bei Angehörigen, die für ihn sorgen, oder im Altenheim oder im Pflegeheim

Der Dringlichkeitsquotient errechnet sich nun aus der Division des Hilfsbedürftigkeitsfaktors durch den Betreuungsfaktor.

Beispiele A):

$$\frac{\text{Befragter braucht mind. 2x wchtl. 2 bis 3 Std. Hilfe}}{\text{mind. 2x wchtl. 2 bis 3 Stunden Hilfe vorhanden}} = \frac{II}{3}$$

$$\frac{II}{4} = \frac{1}{2} = \text{"unter 1"}$$

$$\frac{III}{4} = \frac{3}{4} = \text{"unter 1"}$$

$$\frac{I}{4} = \frac{1}{4} = \text{"unter 1"}$$

In diesen Beispielen ist der Grad der häuslichen Pflege dem Grad der Hilfsbedürftigkeit voll angepaßt, d.h., die notwendige Hilfe und Pflege ist voll ausreichend.
So bedeutet also ein Ergebnis

"unter 1" = die notwendige Hilfe ist voll gesichert
= Dringlichkeitsstufe 0

Beispiele B):

$$\frac{\text{Befragter braucht mind. 2x wchtl. 2 bis 3 Std. Hilfe}}{\text{höchstens 1x wchtl. 2 bis 3 Stunden Hilfe vorhanden}} = \frac{II}{}$$

$$\frac{II}{2} = \frac{2}{2} = 1$$

Das gleiche Ergebnis errechnet sich ebenfalls bei:

$$\frac{III}{3} = \frac{3}{3} = 1$$

In diesen beiden Beispielen ist das Ausmaß der häuslichen Pflege nur zum Teil dem Grad der Hilfsbedürftigkeit angepaßt.
So bedeutet also ein Ergebnis
"1" = die notwendige Hilfe ist nur teilweise gesichert
= Dringlichkeitsstufe 1

Beispiele C):

Befragter braucht mind. 2x wchtl. 2 bis 3 Std. Hilfe / überhaupt keine Hilfe vorhanden = II

$\frac{II}{1} = \frac{2}{1} = 2 =$ "über 1"

"über 1" liegende Ergebnisse errechnen sich auch bei:

$\frac{III}{1} = \frac{3}{1} = 3 =$ "über 1"

$\frac{III}{2} = \frac{3}{2} = 1{,}5 =$ "über 1"

In diesen drei Fällen ist eine häusliche Pflege entweder überhaupt nicht vorhanden oder in keiner Weise dem Grad der Hilfsbedürftigkeit angepaßt.
So bedeutet also ein Ergebnis
"über 1" = die notwendige Hilfe ist in keiner Weise ausreichend
= Dringlichkeitsstufe 2

Für jeden einzelnen Patienten kann auf diese einfache Weise der Dringlichkeitsquotient "Häusliche Pflege" errechnet werden, wobei ein Ergebnis "unter 1" als Dringlichkeitsstufe 0, das Ergebnis "1" als Dringlichkeitsstufe 1 (= eine adäquate Hilfe muß dringend beschafft werden), das Ergebnis "über 1" als Dringlichkeitsstufe 2 (= eine adäquate Hilfe muß äußerst dringend beschafft werden) einzuordnen ist (s.o.).

2. Dringlichkeitsquotient "Wohnverhältnisse"

Bei der Errechnung dieses Quotienten wird der Grad der körperlichen bzw. geistigen Behinderung (= Behinderungsfaktor) zu den Wohnverhältnissen (= Wohnungsfaktor) in Beziehung gesetzt. Damit wird für jeden einzelnen Befragten festgestellt, ob die Wohnverhältnisse, in denen er lebt, seiner Behinderung adäquat, nur unangemessen oder gar in keiner Weise ausreichend angepaßt sind.

$$\text{Quotient "Wohnverhältnisse"} = \frac{\text{Behinderungsfaktor}}{\text{Wohnungsfaktor}}$$

Es wurden drei Behinderungsfaktoren, angegeben in römischen Zahlen, und vier Wohnungsfaktoren, angegeben in arabischen Zahlen, ausgearbeitet.

Behinderungsfaktoren

I = Der Befragte ist weder körperlich noch geistig behindert

II = Der Befragte ist leicht behindert
- denn er leidet unter Luftnot bei längerem Treppensteigen, bei langen Gehstrecken oder sonstigen schweren körperlichen Anstrengungen
- durch zeitweiligen Schwindel
- durch geringe Bewegungseinschränkung einer Extremität aufgrund einer Lähmung, einer rheumatischen Erkrankung oder einer Durchblutungsstörung
- durch Sonstiges

III = Der Befragte ist schwer behindert
- denn er leidet unter Luftnot schon bei geringster körperlicher Betätigung (z.B. bei kurzen Spaziergängen, kleinen Aufräumarbeiten oder nach wenigen Treppenstufen)
- durch Dauerschwindel
- durch hochgradige Bewegungseinschränkung einer oder mehrerer Extremitäten aufgrund einer rheumatischen Erkrankung, einer Durchblutungsstörung oder einer weitgehenden Lähmung
- durch Teil- oder Totalamputation einer Extremität
- durch starke Einschränkung seiner geistigen Funktionen
- durch Sonstiges

Wohnungsfaktoren

1 = - Keine adäquaten sanitären Hilfsmittel vorhanden (Haltegriffe an der Toilette, an der Badewanne oder der Dusche; rutschfeste Gummimatten in der Badewanne oder der Dusche)
- Kein Telephon, keine dauernd anwesende zurechnungsfähige Person vorhanden, falls der Befragte nicht im Heim lebt

2 = - Keine doppelseitigen Handläufe im Treppenhaus und kein Aufzug vorhanden
- Adäquate sanitäre Hilfsmittel (s.o.) nur zum Teil vorhanden
- Stolperhindernisse vorhanden (schlecht liegende Teppiche, Türschwellen oder ähnliches)
- Der Befragte muß selbst heizen
- Eigener Haushalt des Befragten ist größer als eine Einzimmer-Wohnung

3 = - Doppelseitige Handläufe im Treppenhaus, jedoch kein Fahrstuhl vorhanden

4 = - Fahrstuhl vorhanden oder Wohnung in Parterre
- eigener Haushalt des Befragten besteht aus vier Räumen oder weniger
- Adäquate sanitäre Hilfsmittel (s.o.) ausreichend vorhanden
- Keine Stolperhindernisse vorhanden
- Telephon vorhanden oder dauernde Anwesenheit einer zurechnungsfähigen Person oder der Befragte lebt in einem Altenheim oder Altenpflegeheim

Da für einen Patienten auf diesem Gebiet der Untersuchung mehrere verschiedene Faktoren gleichzeitig zutreffen können, muß der endgültige Wohnungsfaktor durch Addition der einzelnen Faktoren und Division der sich ergebenden Summe durch die Anzahl der Faktoren erst errechnet werden.

Beispiel

Beim Befragten X ergeben sich folgende Wohnungsfaktoren:

Keine adäquaten sanitären Hilfsmittel vorhanden	= 1
Stolperhindernisse vorhanden	= 2
Doppelseitige Handläufe im Treppenhaus, jedoch kein Fahrstuhl vorhanden	= 3
Ehefrau des Befragten dauernd in der Wohnung	= 4
	10

10 wird nun durch die Anzahl der Faktoren (= 4) dividiert:

10 : 4 = 2,5

Der endgültige Wohnungsfaktor beträgt damit 2,5.

Bei der Division der Summe der Einzelfaktoren wird der Einfachheit halber immer nur bis zur ersten Stelle hinter dem Komma gerechnet. Sollten sich dabei Werte von 1,8 - 2,2 einschließlich ergeben, so zählen diese als Wohungsfaktor 2, sollten sich Werte von 2,8 - 3,2 einschließlich ergeben, so gelten diese als Wohnungsfaktor 3.

Der Dringlichkeitsquotient "Wohnverhältnisse" errechnet sich nun wieder durch Division des Behinderungsfaktor durch den Wohnungsfaktor. Hierbei ergeben sich wieder Werte "unter 1", "1" und "über 1".

Beispiele

$\frac{II}{3} = \frac{2}{3}$ = "unter 1" = die Wohnverhältnisse sind der Behinderung in ausreichender Weise angepaßt

$\frac{III}{2,8} = \frac{III}{3} = \frac{3}{3}$ = "1" = die Wohnverhältnisse sind der Behinderung nur zum Teil angepaßt

$\frac{III}{2,5} = \frac{3}{2,5}$ = "über 1" = die Wohnverhältnisse sind der Behinderung in keiner Weise angepaßt

So kann wieder für jeden Einzelnen auf einfache Weise der Dringlichkeitsquotient "Wohnverhältnisse" errechnet werden, wobei einzuordnen ist ein Ergebnis "unter 1" als Dringlichkeitsstufe 0, das Ergebnis "1" als Dringlichkeitsstufe 1 (= an der Wohnung oder deren Zugang müßten dringend entsprechende Veränderungen vorgenommen werden), das Ergebnis "über 1" als Dringlichkeitsstufe 2 (= an der Wohnung oder deren Zugang müßten äußerst dringend entsprechende Veränderungen vorgenommen werden oder, wenn dies nicht möglich ist, sollte der Befragte in eine seiner Behinderung adäquate Wohnung übersiedeln).

3. Dringlichkeitsquotient "Ärztliche Überwachung"

Bei der Errechnung dieses Quotienten wird der augenblickliche Bedarf an ärztlicher Kontrolle (= Kontrollbedarfsfaktor) in Beziehung gesetzt zur Häufigkeit der ärztlichen Kontrolle, sei dies durch Besuch des Arztes bei Patienten oder umgekehrt (= Arztbesuchsfaktor). Damit wird für jeden einzelnen Befragten festgestellt, ob die ärztliche Überwachung unter Berücksichtigung seines augenblicklichen Gesundheitszustandes voll, nur unzureichend oder in gar keiner Weise gesichert ist.

$$\text{Quotient "Ärztliche Überwachung"} = \frac{\text{Kontrollbedarfsfaktor}}{\text{Arztbesuchsfaktor}}$$

Es wurden vier Kontrollbedarfsfaktoren, angegeben in römischen Zahlen, und fünf Arztbesuchsfaktoren, angegeben in arabischen Zahlen, ausgearbeitet.

Kontrollbedarfsfaktoren

I = Der Befragte bedarf keiner regelmäßigen mindestens sechswöchigen ärztlichen Kontrolle, da
- er sich in einem guten Allgemeinzustand befindet
- er sich gesundheitlich wohlfühlt und über keinerlei Beschwerden klagt
- kein chronisches Leiden in der Krankengeschichte vermerkt ist
- zum Zeitpunkt der Befragung keine äußeren Zeichen auf eine akute oder chronische Erkrankung hindeuten
- vom Hausarzt keine Medikamente verschrieben sind

I trifft zu, wenn alle fünf oben genannten Punkte gleichzeitig erfüllt sind

II = der Befragte bedarf einer mindestens drei- bis sechswöchigen regelmäßigen ärztlichen Kontrolle
- da aus der Krankengeschichte zu entnehmen ist, daß er an einer chronischen Erkrankung leidet, die fortlaufend therapiert werden muß

III = der Befragte bedarf einer mindestens zweiwöchentlichen ärztlichen Kontrolle, da er
- sich in schlechtem Allgemeinzustand befindet
- sich gesundheitlich nicht wohlfühlt und über Beschwerden klagt
- wichtige Medikamente nicht regelmäßig und nicht nach Vorschrift einnimmt
- eine verordnete Diät nicht einhält
- an einer akuten, aber ambulant zu behandelnden Erkrankung (z.B. Erkältung) leidet

IV = der Befragte bedarf einer stationären Behandlung, da er
- sich in einem desolaten Allgemeinzustand befindet
- an einer schweren akuten oder chronischen Erkrankung leidet, für die eine stationäre Behandlung angebracht erscheint

Arztbesuchsfaktoren

1 = keine regelmäßige ärztliche Kontrolle vorhanden

2 = regelmäßige ärztliche Kontrolle, aber in Abständen von mehr als sechs Wochen vorhanden

3 = regelmäßige ärztliche Kontrolle alle drei bis sechs Wochen vorhanden

4 = regelmäßige ärztliche Kontrolle mindestens alle vierzehn Tage vorhanden

5 = der Befragte befindet sich in stationärer Behandlung

Die Berechnung des Dringlichkeitsquotienten erfolgt auch hier wie vorher:

"unter 1" bedeutet : ärztliche Überwachung voll ausreichend
= Dringlichkeitsstufe 0

" 1 " bedeutet : ärztliche Überwachung nur unzureichend
= Dringlichkeitsstufe 1

"über 1" bedeutet : ärztliche Überwachung in keiner Weise ausreichend
= Dringlichkeitsstufe 2

Ergebnisse der Untersuchung

Teil I : Allgemeines

Von den insgesamt 200 entlassenen Alterspatienten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung zehn aus Westberlin verzogen, zehn Patienten wurden trotz mehrmaliger Versuche nicht angetroffen oder gewährten keinen Einlaß: Ihrem Schicksal konnte nicht weiter nachgegangen werden.
64 ehemaligen Patienten des Malteserkrankenhauses (= 35% der verbleibenden 180) waren zum Zeitpunkt der Befragung verstorben, so daß insgesamt noch 116, also 65% der für die Untersuchung zur Verfügung stehenden Patienten besucht wurden (s. Tab. 5).

Tab.5: Aufschlüsselung der Patientenzahl nach nicht Besuchten und Verstorbenen.

Patienten	Anzahl
Insgesamt	200
Besuche nicht durchführbar bei	20
Für die Untersuchung zur Verfügung stehend	180
Verstorbene	64
Besuche durchgeführt bei	116

Bevor im folgenden die Situation der tatsächlich Befragten beschrieben wird, soll zunächst ein Überblick gegeben werden, wohin die Patienten aus dem Malteserkrankenhaus entlassen wurden und wo sie jetzt leben (s.Tab. 6).

Tab.6: Wohnung der Patienten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Malteserkrankenhaus verglichen mit ihrem Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Untersuchung.

entlassen	Anzahl der Patienten		jetzt lebend: im eigenen Haushalt		bei Angehörigen		in einem Altenheim		in einem Pflegeheim		verstorben	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
in den eigenen Haushalt	94	100	46	49	3	3	7	8	6	6	32	34
zu Angehörigen	54	100	2	4	27	50	1	2	1	2	23	43
in ein Altenheim	27	100	-	-	-	-	14	52	4	15	9	33
in ein Altenpflegeheim	5	100	-	-	-	-	-	-	5	100	-	-
insgesamt	180	100	48	27	30	17	22	12	16	9	64	35

Erläuterung zu dieser und den folgender Tabellen: Alle angegebenen Prozentzahlen sind der besseren Übersichtlichkeit halber auf ganze Zahlenwerte auf- oder abgerundet. Die Abkürzung "abs." bedeutet: absolute Zahlen. Die Abkürzung "Sp." bedeutet: Spalte.

Es konnten folgende bemerkenswerte Feststellungen gemacht werden:
Von den in den eigenen Haushalt, zu Angehörigen und ins Altenheim Entlassenen haben jeweils nurmehr etwa die Hälfte zum Zeitpunkt des Besuches noch ihren ursprünglichen Wohnsitz (s.Tab.6; Sp.4,6,8).
17% der allein nach Hause Entlassenen waren mittlerweile zu Angehörigen, ins Altenheim oder ins Pflegeheim verzogen, da sie die Arbeit im eigenen Haushalt nicht mehr bewältigen konnten und ihr Altersleiden sich verschlimmert hatte (s. Tab.6; Sp.6,8,10).
Insgesamt lebten von den 180 Probanden zum Zeitpunkt der Untersuchung 48 (= 27%) im eigenen Haushalt, 30 (= 17%) bei Angehörigen, von denen sie versorgt wurden, 22 (= 12%) im Altenheim und 16 (= 9%) im Altenpflegeheim (s.Tab.6; Sp.3 bis 9 unten).
64 (= 35%) waren, wie bereits oben erwähnt, verstorben.

Teil II : Prozentuale Sterbegröße

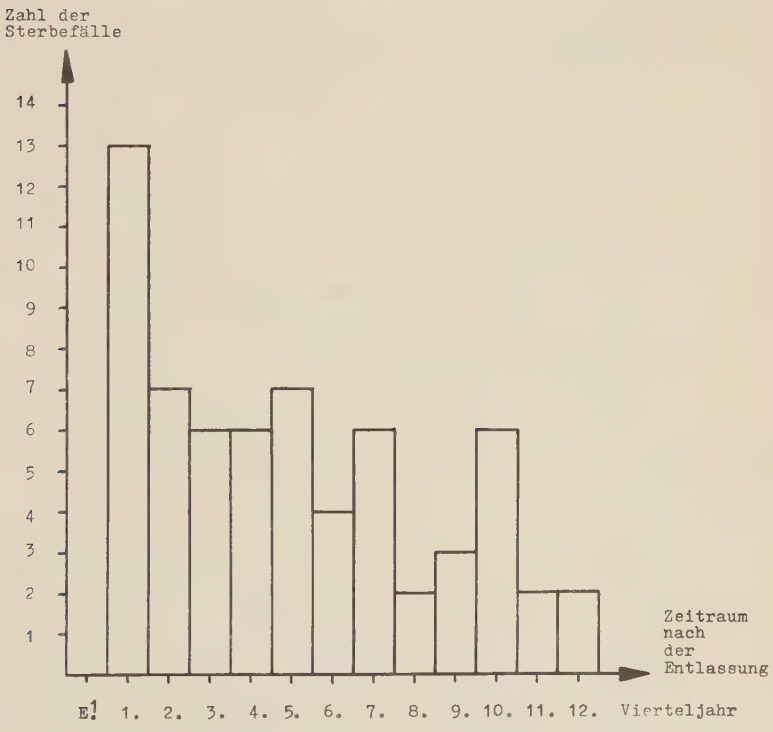
Betrachtet man die Anzahl der Sterbefälle pro Vierteljahr nach der Entlassung, einmal in absoluten Zahlen (s.Tab.7; Sp.3 u. Abb.1) und einmal berechnet als prozentualen Anteil der zu Beginn des jeweiligen Vierteljahres noch Lebenden (= prozentuale Sterbegröße; s.Tab.7; Sp.4), so ersieht man schon auf den ersten Blick die im Vergleich zu den restlichen Quartalen sehr hohe Zahl der Verstorbenen im ersten Vierteljahr und die deutlich niedriger liegende, aber annähernd gleichbleibend hohe Zahl der Sterbefälle in den Quartalen des darauffolgenden Jahres. Eine weitere Verringerung der Anzahl der Verstorbenen ist erst wieder nach dem 5. Vierteljahr festzustellen, mit nochmals zwei Gipfeln im 7. und 10. Quartal.

Tab.7: Anzahl der Verstorbenen pro Vierteljahr nach der Entlassung und prozentuale Sterbegröße.

Vierteljahr	Lebende zu Beginn des jeweiligen Quartals		Verstorbene am Ende des jeweiligen Quartals	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1 [1]
	1	2	3	4
1.	180	100	13	7,2
2.	167	100	7	4,2
3.	160	100	6	3,5
4.	154	100	6	3,9
5.	148	100	7	4,7
6.	141	100	4	2,8
7.	137	100	6	4,4
8.	131	100	2	1,5
9.	129	100	3	2,3
10.	126	100	6	4,8
11.	120	100	2	1,7
12.	118	100	2	1,7
13.	116			

[1] = prozentuale Sterbegröße

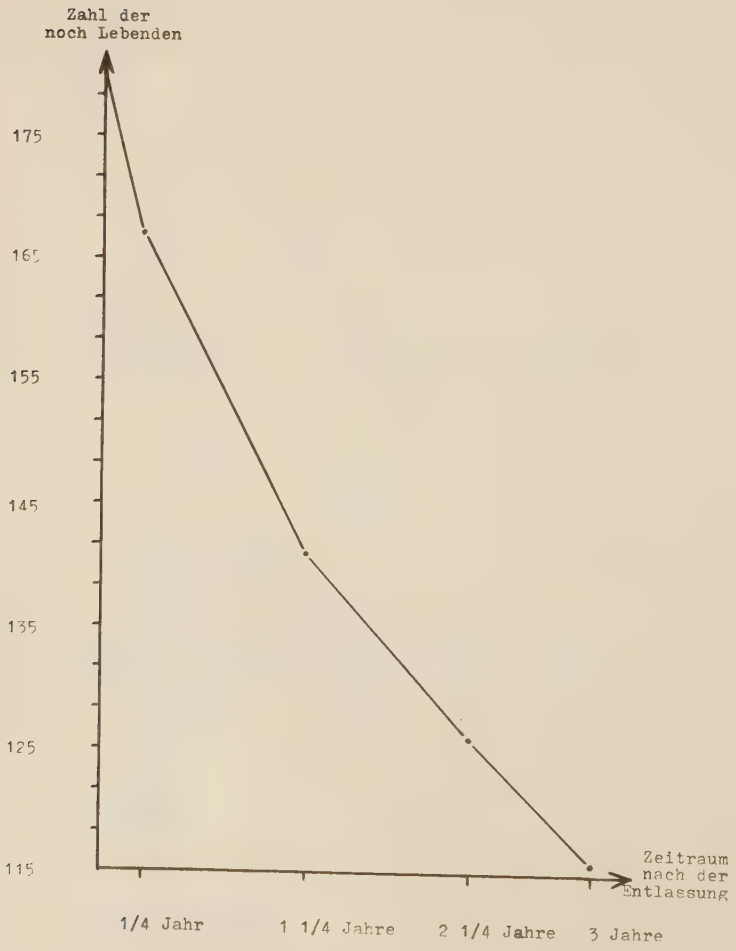
Abb.1: Zahl der Sterbefälle in den einzelnen Vierteljahren.



[1] = Entlassung

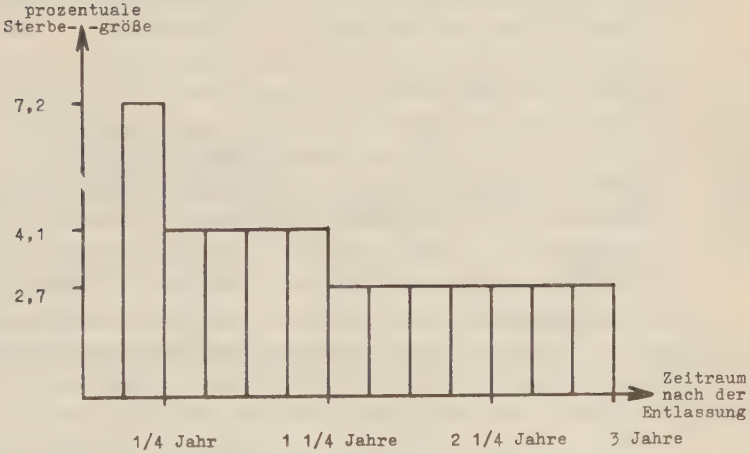
Trägt man die Anzahl der Verstorbenen des ersten Vierteljahres sowie die der darauffolgenden ganzen Jahre (Ordinate) gegen die Zeit auf (Abszisse) (s.Abb.2), so ergeben sich im Kurvenverlauf an zwei Stellen deutliche Veränderungen der Steilheit im Sinne einer Abflachung, d.h. eine Abnahme der Sterbefälle, und zwar das erste Mal nach einem Vierteljahr, das zweite Mal nach dem darauffolgenden Jahr.

Abb.2: Zahl der noch Lebenden in Abhängigkeit von der Zeit nach der Entlassung.



Ermittelt man nun entsprechend dem Kurvenverlauf in Abb.2 die Durchschnittswerte der prozentualen Sterbegrößen pro Vierteljahr (s.Tab.7; Sp.4) für die auf das 1. Vierteljahr nach der Entlassung folgenden ganzen Jahre, so werden dabei deutliche Unterschiede dieser Größen zwischen dem 1. Vierteljahr, dem darauffolgenden ganzen Jahr und der Zeit danach sichtbar (s.Abb.3).

Abb.3: Prozentuale Sterbegröße des ersten Vierteljahres nach der Entlassung verglichen mit der der darauffolgenden Jahre.



Dabei ergibt sich für das erste Vierteljahr eine Sterbegröße von 7,2%, für die vier darauffolgenden Quartale eine Sterbegröße von 4,1% und sodann für die sieben folgenden Vierteljahre ein gleichbleibend hoher Wert von 2,7%.
Legt man diese letzte Zahl zugrunde, so beträgt die Sterbegröße im ersten Vierteljahr nach der Entlassung das 2,7-fache und die des darauffolgenden Jahres das 1 1/2-fache der durchschnittlichen vierteljährlichen Sterbegröße nach 1 1/4 Jahren.

Teil III: Häusliche Pflege; Wohnverhältnisse; Ärztliche Überwachung

Im weiteren Verlauf der Beschreibung werden jeweils die vier Unterbringungsgruppen der zum Zeitpunkt der Befragung "im eigenen Haushalt", der "bei Angehörigen", der "in einem Altenheim" sowie der "in einem Pflegeheim" Lebenden miteinander verglichen (s.Tabellen).

A) Häusliche Pflege

Tab.8: Das Ausmaß der häuslichen Pflege und dessen Verteilung auf die einzelnen Unterbringungsgruppen.

Unterbringung zum Zeitpunkt der Befragung	Anzahl der Befragten		Hilfsbedürftige		Es besitzen Hilfe: überhaupt nicht		höchstens einmal wöchentlich zwei bis drei Stunden		mindest. zweimal wöchentlich zwei bis drei Stunden		Tag und Nacht	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.3	abs.	in % der Sp.3	abs.	in % der Sp.3	abs.	in % der Sp.3
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
im eigenen Haushalt	48	100	43	90	11	26	13	30	19	44	-	-
bei Angehörigen	30	100	28	93	-	-	2	7	6	22	20	71
in einem Altenheim	22	100	22	100	-	-	-	-	-	-	22	100
in einem Pflegeheim	16	100	16	100	-	-	-	-	-	-	16	100
insgesamt	116	100	109	94	11	10	15	14	25	23	58	53

Hinsichtlich der häuslichen Hilfe und Pflege mußte festgestellt werden, daß von den 48 Befragten, die im eigenen Haushalt lebten, fünf (= 10%) so rüstig und gesund waren, daß sie keiner Hilfe bedurften und gut allein zu Hause zurechtkamen (s.Tab.8; Sp.3 u. 4).
Von den verbleibenden 43 (= 90%) Hilfsbedürftigen erhielten 11 (= 23%) überhaupt keine Hilfe, 13 (= 27%) höchstens einmal pro Woche ein bis zwei Stunden und 19 (= 39%) erfuhren regelmäßig, mindestens zweimal wöchentlich für mehrere Stunden Hilfe durch eine Hauspflegerin, Reinemachefrau, Kochhilfe oder andere Personen. Eine Dauerhilfe für Tag und Nacht hatte niemand (s.Tab.8; Sp.5-12).
Von den 30 bei Angehörigen lebenden Befragten waren 28 (= 93%) hilfsbedürftig (s.Tab.8; Sp.3 u. 4). Sie hatten alle eine Hilfe: 20 (= 71%) der Befragten durch den Umstand, daß Angehörige ständig für Pflege und Hilfe zur Verfügung standen (s.Tab.8; Sp.11 u. 12); 6 (= 22%) erhielten mindestens zweimal wöchentlich eine Hilfe für mehrere Stunden - hierbei handelte es sich um Befragte mit berufstätigen Angehörigen (s.Tab.8; Sp.9 u.10). 2 (= 7%) der Befragten mußten sich damit begnügen, daß ihnen höchstens einmal in der Woche jemand zur Hand ging, obwohl sie mit in der Wohnung von Kindern, Geschwistern oder Ehepartnern lebten. In beiden Fällen führten die selbst hilfsbedürftigen Personen den Haushalt für ihre Angehörigen, die ihnen dabei nur minimal behilflich waren (s.Tab.8; Sp.7 u. 8).
Alle 22 Altenheimbewohner waren hilfsbedürftig. Dadurch, daß sie in einer ständig sie umsorgenden Umgebung lebten (Beköstigung, Reinhaltung des Zimmers und andere Dienste), wurden sie gleich eingestuft wie diejenigen Befragten, die eine Dauerhilfe zur Verfügung hatten. Das gleiche gilt für die Pflegeheiminsassen (s.Tab.8; Sp.11 u. 12).
Für die Gesamtheit der Befragten ergibt sich damit, daß 109 (= 94%) hilfsbedürftig waren, 11 (= 10%) überhaupt niemanden hatten, der ihnen ab und zu zur Hand ging, 15 (= 14%) höchstens einmal in der Woche Hilfe erhielten, 25 (= 23%) eine regelmäßige, mindestens zweimal wöchentliche und 58 (= 53%) eine während des gesamten Tages verfügbare Hilfe in Anspruch nahmen.

Tab.8 gibt einen allgemeinen Überblick über die geleistete Hilfe, bei dem jedoch nicht berücksichtigt wurde, ob diese Hilfe voll, nur z.T. oder nicht ausreichend ist.
Setzt man den Grad der Hilfsbedürftigkeit mit dem Ausmaß der vorhandenen Hilfe in Beziehung, so ergeben sich - nach dem in "Material und Methodik" beschriebenen System - Dringlichkeitsstufen, die über die Suffizienz der geleisteten Hilfe Auskunft geben (s.Tab.9).

Tab.9: Verteilung der Dringlichkeitsstufen "Häusliche Pflege" auf die einzelnen Unterbringungsgruppen.

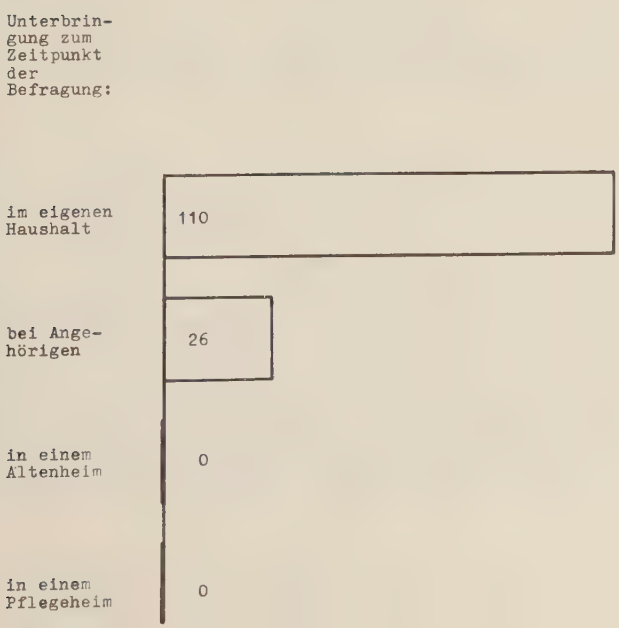
Unterbringung zum Zeitpunkt der Befragung	Anzahl der Befragten		DS[1] 0		DS 1		DS 2	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1
	1	2	3	4	5	6	7	8
im eigenen Haushalt	48	100	10	21	23	48	15	31
bei Angehörigen	30	100	23	77	6	20	1	3
in einem Altenheim	22	100	22	100	-	-	-	-
in einem Pflegeheim	16	100	16	100	-	-	-	-
insgesamt	116	100	71	61	29	25	16	14

[1] D S = Dringlichkeitsstufe

Dabei zeigt sich, daß von den im eigenen Haushalt Lebenden 31% mit DS 2, 48% mit DS 1 und 21% mit DS 0 eingestuft werden, während von den bei Angehörigen Lebenden nur 3% mit DS 2 und 20% mit DS 1 beurteilt werden. Alle Altenheimbewohner und Altenpflegeheiminsassen schnitten mit DS 0 ab. Insgesamt erhielten 14% DS 2, 25% DS 1 und 61% DS 0 (s.Tab.9).

Durch eine einfache Zahlenmanipulation lassen sich die einzelnen Gruppen anhand eines Punktsystems miteinander vergleichen: Addiert man innerhalb der einzelnen Unterbringungsgruppen zum einfachen numerischen Wert der Prozentzahl von DS 1 den doppelten numerischen Wert der Prozentzahl von DS 2 (Verdopplung, weil DS 2 eine schlechtere Bewertung als DS 1 ist), so erhält jede Gruppe eine bestimmte Anzahl von Punkten. Je größer die Punktzahl, desto schlechter schneidet die jeweilige Gruppe ab. Damit ergibt sich unter Zugrundelegung der Werte aus Tab.9 die Darstellung in Abb.4, aus der das bei weitem schlechteste Ergebnis für die im eigenen Haushalt Lebenden mit 110 "Minus"-punkten hervorgeht.
Während die bei Angehörigen Lebenden mit 26 Punkten den nächst schlechteren Platz einnehmen, schneiden die Heimbewohner mit 0 Punkten im Bereich der notwendigen Hilfe und Pflege am besten ab.

Abb.4: Minuspunkte "Häusliche Pflege" der einzelnen Unterbringungsgruppen.



B) Wohnverhältnisse

Tab.10: Die an den Wohnungen und ihren Zugängen festgestellten Mängel und ihre Verteilung auf die einzelnen Unterbringungsgruppen.

Unterbringung zum Zeitpunkt der Befragung	Anzahl der Befragten		Wohnung nicht im Parterre; Fahrstuhl oder doppelseitige Handläufe im Treppenhaus nicht vorhanden		Haushalt ist größer als eine Einzimmer-Wohnung		Stolperhindernisse in der Wohnung bzw. im Zimmer vorhanden		kein Telephon; kein ständig anwesender zurechnungsfähiger Mensch; nicht in einem Heim lebend		adäquate sanitäre Hilfsmittel nur zum Teil oder gar nicht vorhanden		der Befragte muß selbst heizen	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
im eigenen Haushalt	48	100	28	58	23	48	38	80	28	58	48	100	16	33
bei Angehörigen	30	100	18	60	/	/	17	57	1	3	28	93	1	3
in einem Altenheim	22	100	-	-	/	/	7	32	/	/	11	50	/	/
in einem Pflegeheim	16	100	-	-	/	/	-	-	/	/	7	44	/	/
insgesamt	116	100	46	40	23	20	62	53	29	25	94	81	17	15

Folgende Mängel konnten an den Wohnungen bzw. Zimmern der Befragten festgestellt werden (s.Tab.10):
Danach ergibt sich, daß bei den im eigenen Haushalt Lebenden in 58% der Fälle weder doppelseitige Handläufe im Treppenhaus noch Fahrstühle vorhanden waren (s.Tab.10; Sp.4). 48% der Befragten dieser Gruppe lebten in einem Haushalt, der größer als eine Einzimmer-Wohnung war (s.Tab.10; Sp.6). In 80% der Wohnungen bestand Unfallgefahr durch Stolperhindernisse wie schlecht liegende Teppiche oder Türschwellen (s.Tab.10; Sp.8).

58% besaßen kein Telephon, um sich bei eventuellen Notfällen, die ein Herbeiholen von Hilfe durch den Betroffenen selbst nicht mehr zulassen, mit der Außenwelt zu verständigen (s. Tab.10; Sp.10).
Bei keinem der Befragten fanden wir ausreichende sanitäre Hilfsmittel, wie Haltegriffe an Bad, Dusche und Toilette oder rutschfeste Gummimatten in der Badewanne oder im Duschbecken, die die tägliche und wöchentliche Hygiene erleichtern oder überhaupt erst ermöglichen könnten (s.Tab.10; Sp.12).
33% von ihnen mußten ihre Wohnung zudem noch selbst heizen.

Für die bei Angehörigen Lebenden ergab sich, daß auch hier 60% dieser Gruppe weder doppelseitige Handläufe noch Fahrstühle zur Verfügung standen, die ihnen den Weg nach draußen erleichtert hätten (s.Tab.10; Sp.4).
Da keiner dieser Befragten die Wohnung, in der er lebte, selbst zu reinigen brauchte und deshalb ihre Größe auch keine Rolle spielte, entfällt dieser Punkt.
Bei 57% gab es gefährliche Stolperhindernisse in der Wohnung (s.Tab.10; Sp.8), 3% konnten sich, da kein Telephon vorhanden war und die Angehörigen tagsüber berufstätig waren, in Notfällen nicht bemerkbar machen (s.Tab.10; Sp.10).
Dieselben 3% mußten wegen der Abwesenheit der Angehörigen tagsüber selbst heizen (s.Tab.10; Sp.14).
Nur 7% verfügten über ausreichende sanitäre Hilfsmittel in Bad und Toilette (s.Tab.10; Sp.12).

Allen Altenheimbewohnern und Pflegeheiminsassen standen Fahrstühle oder wenigstens doppelseitige Handläufe im Treppenhaus zur Verfügung (s.Tab.10; Sp.3 u. 4).
Da alle höchstens ein eigenes Zimmer bewohnten, das sie außerdem nicht selbst zu reinigen brauchten, da alle einer ständigen Kontrolle durch die gemeinsamen Mahlzeiten unterlagen und ein akuter Notfall durch Fernbleiben von diesen Mahlzeiten sehr schnell bemerkt werden kann, da ferner die meisten dieser Befragten in ständiger Zimmergemeinschaft mit einem oder mehreren anderen Menschen lebten und alle Heime zentral beheizt waren, entfallen die entsprechenden Punkte.

Während noch bei 32% der Altenheimbewohner Unfallgefahren im Zimmer registriert wurden (s.Tab.10; Sp.8), konnte dieser Punkt bei keinem der Pflegeheiminsassen bemängelt werden. Auch die Heime waren in nur wenig mehr als der Hälfte der Fälle in ausreichendem Maße mit adäquaten sanitären Hilfsmitteln ausgestattet (s.Tab.10; Sp.12).

So ergab sich insgesamt folgendes Bild:

In 40% der Fälle fehlen Fahrstühle oder doppelseitige Handläufe (s.Tab.10; Sp.4); in 20% war der Haushalt größer als eine Einzimmer-Wohnung (s.Tab.10; Sp.6); in 53% gab es Stolperhindernisse in Wohnung oder im Zimmer (s.Tab.10; Sp.8); in 25% der Fälle fehlte die Möglichkeit, sich in Notfällen bemerkbar zu machen (s.Tab.10; Sp.10); in 81% der Fälle fehlten sanitäre Hilfsmittel oder sie reichten nicht aus (s.Tab.10; Sp.12) und in 15% bestand die Notwendigkeit, die Wohnung selbst zu heizen.

Da alle Befragten in irgendeiner Weise mehr oder weniger schwer behindert waren, ist es zur Beurteilung der Adäquatheit der Wohnverhältnisse erforderlich, den Grad der Behinderung ins Verhältnis zu den jeweils gefundenen Mängeln zu setzen. Dabei ergeben sich - wie in "Material und Methodik" beschrieben - wiederum drei Dringlichkeitsstufen. In Form dieser Dringlichkeitsstufen lassen sich die Wohnverhältnisse jedes einzelnen Befragten bewerten (s.Tab.11).

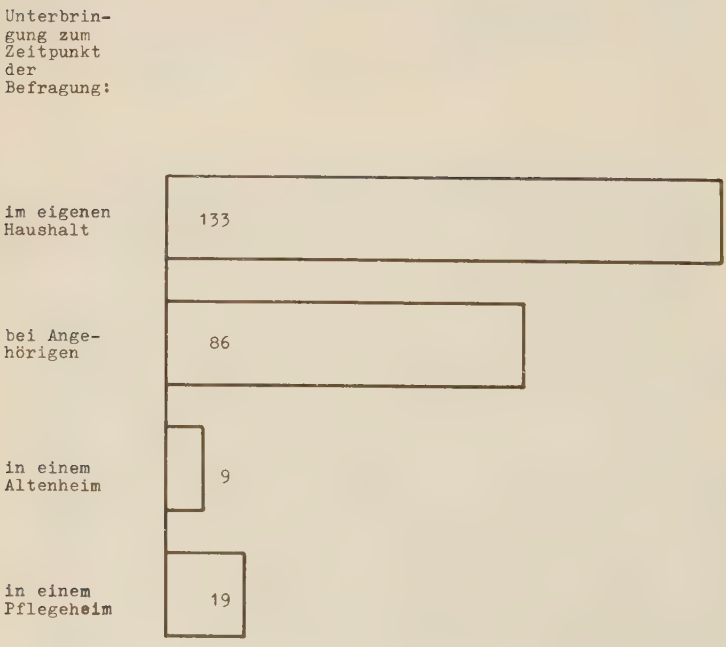
Tab.11: Verteilung der Dringlichkeitsstufen "Wohnverhältnisse" auf die einzelnen Unterbringungsgruppen.

Unterbringung zum Zeitpunkt der Befragung	Anzahl der Befragten		D S 0		D S 1		D S 2	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1
	1	2	3	4	5	6	7	8
im eigenen Haushalt	48	100	8	17	16	33	24	50
bei Angehörigen	30	100	11	37	12	40	7	23
in einem Altenheim	22	100	20	91	2	9	-	-
in einem Pflegeheim	16	100	13	81	3	19	-	-
insgesamt	116	100	52	45	33	28	31	27

Dabei ergibt sich für die im eigenen Haushalt Lebenden in nur 17% der Fälle die Dringlichkeitsstufe 0, in 33% DS 1 und in 50% DS 2 (s.Tab.11; Sp.4,6,8).
Die bei Angehörigen Lebenden erhielten in 37% der Fälle das Urteil DS 0, in 40% DS 1 und in 23% DS 2 (s.Tab.11; Sp.4,6,8).
Die Altenheimbewohner wurden in 91% der Fälle mit DS 0 und in 9% mit DS 1, die Pflegeheiminsassen in 81% der Fälle mit DS 0 und in 19% mit DS 1 bewertet. In die DS 2 wurde niemand von dieser Gruppe eingestuft (s.Tab.11; Sp.4,6,8).
Insgesamt erhielten 45% der Befragten DS 0, 28% DS 1 und 27% DS 2 (s.Tab.11; Sp.4,6,8).

Vergleicht man unter Zugrundelegung des jeweiligen prozentualen Anteils der Dringlichkeitsstufen die einzelnen Gruppen in der bereits beschriebenen Weise untereinander, so ergeben sich für die im eigenen Haushalt Lebenden 133, für die bei Angehörigen Untergebrachten 86, für die Altenheimbewohner 9 und für die Pflegeheiminsassen 19 Minuspunkte (s.Abb.5).

Abb.5: Minuspunkte "Wohnverhältnisse" der einzelnen Unterbringungsgruppen.



An dieser Stelle sei folgendes erwähnt:
Es mußte festgestellt werden, daß aufgrund der körperlichen oder geistigen Behinderung insgesamt 48% der Befragten (= 56) dauernd an ihre Wohnung bzw. ihr Zimmer gebunden waren. Als zusätzliche Faktoren wurden weitere drei Gründe z.T. nebeneinander angegeben (s.Tab.12).

Tab.12: Die Gründe für das Nicht-Verlassen der Wohnung bzw. des Zimmers und ihre Verteilung auf die einzelnen Unterbringungsgruppen.

Unterbringung zum Zeitpunkt der Befragung	Anzahl der Befragten		Es verlassen die Wohnung nicht: insgesamt		wegen fehlender Begleitung		wegen fehlenden Fahrstuhls		wegen schwerster körperlicher oder geistiger Behinderung		Anzahl derer, bei denen ein Balkon vorhanden	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.3	abs.	in % der Sp.3	abs.	in % der Sp.3	abs.	in % der Sp.3
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
im eigenen Haushalt	48	100	20	42	19	95	12	60	6	30	13	65
bei Angehörigen	30	100	13	43	5	38	9	70	7	54	9	69
in einem Altenheim	22	100	9	41	7	78	-	-	2	22	2	22
in einem Pflegeheim	16	100	14	88	3	21	3	21	14	100	3	21
insgesamt	116	100	56	48	34	61	24	43	29	52	27	48

In 61% der Fälle fehlte es an Begleitung durch einen anderen Menschen (s.Tab.12; Sp.6); in 43% war ein erforderlicher Fahrstuhl nicht vorhanden und die Treppe stellte für die Befragten ein unüberwindliches Hindernis dar (s.Tab.12; Sp.8); in 52% der Fälle war die körperliche oder geistige Behinderung so schwer, daß selbst bei vorhandenem Fahrstuhl und mit Hilfe eines anderen Menschen ein Verlassen der Wohnung oder des Zimmers kaum möglich war (s.Tab.12; Sp.10).

Man kann natürlich die Ursachen für den ausschließlichen Aufenthalt innerhalb der vier Wände wegen der Überschneidungsmöglichkeiten nicht scharf voneinander trennen - eine Treppe wird auch für einen schwer behinderten Patienten dann überwindlich, wenn ein anderer Mensch ihm dabei behilflich ist -, doch vergleicht man die einzelnen Gruppen untereinander, so überwiegt als Grund bei den Pflegeheiminsassen bei weitem die äußerst schwere körperliche oder geistige Behinderung, die bei 100% der Fälle vorgefunden wurde (s.Tab.12; Sp.10), während bei den übrigen drei Gruppen fehlende Begleitung durch einen anderen Menschen oder ein nicht vorhandener Fahrstuhl und damit eine unüberwindliche Treppe den Hauptanteil ausmachten (s.Tab.12; Sp.6 u. 8). Verwunderlich war, daß 78% der an ihr Zimmer gebundenen Altenheimbewohner als Grund fehlende Begleitung angaben (s.Tab.12; Sp.6), obwohl doch gerade hier genügend Menschen zur Verfügung stehen, die einen Behinderten begleiten können; gedacht ist hier an nicht behinderte Altenheimbewohner.
Deshalb gaben wir uns bei den jeweiligen Untersuchungsgesprächen mit dieser Auskunft nicht zufrieden, und es stellte sich schließlich heraus, daß nur die allein oder mit unzureichender Hilfe im eigenen Haushalt Lebenden und an ihre Wohnung gefesselten Patienten in der Tat niemanden finden konnten, der sie die Treppe hinunter oder auf der Straße begleitete. In den anderen Fällen war es die Scheu, jemanden anderen um Hilfe zu bitten, oder die Scham, anderen zeigen zu müssen, daß man nicht mehr allein gehen konnte.

Hinter der Angabe "fehlende Begleitung" verbarg sich also weniger mangelnde Hilfe oder Hilfsbereitschaft der Umwelt als vielmehr die veränderte Psyche des alternden Menschen.

Erfreulich hoch war die Anzahl derjenigen, die wenigstens einen Balkon besaßen, um ein wenig frische Luft zu atmen und Anteil am Leben in der näheren Umgebung nehmen zu können. Insgesamt betrug ihre Zahl fast 50%, wobei diejenigen, die zu Hause lebten, mit fast 70% besonders gut abschnitten, während nur gut jedem fünften Heimbewohner diese Annehmlichkeit zur Verfügung stand (s.Tab.12; Sp.12).

C) Ärztliche Überwachung

Tab.13: Das Ausmaß der ärztlichen Kontrolle und seine Verteilung auf die einzelnen Unterbringungsgruppen.

Unterbringung zum Zeitpunkt der Befragung	Anzahl der Befragten		Ärztliche Kontrolle: nicht regelmässig bzw. überhaupt nicht		regelmäßig, aber in Abständen von mehr als sechs Wochen		regelmäßig alle drei bis sechs Wochen		regelmäßig mindestens alle vierzehn Tage		Wichtige Medikamente werden unregelmäßig oder gar nicht eingenommen bzw. eine Diät nicht eingehalten von	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
im eigenen Haushalt	48	100	14	31	8	16	18	37	8	16	22	46
bei Angehörigen	30	100	6	20	2	7	18	60	4	13	12	40
in einem Altenheim	22	100	8	37	-	-	10	45	4	18	13	59
in einem Pflegeheim	16	100	1	6	-	-	6	37	9	57	1	6
insgesamt	116	100	29	25	10	9	52	45	25	21	48	41

In dem Bereich "Ärztliche Überwachung", durchgeführt durch Hausbesuche der Ärzte oder durch Arztbesuche der Befragten, ergab sich für die im eigenen Haushalt Lebenden in 31% der Fälle entweder gar keine oder äußerst seltene ärztliche Kontrolle (s.Tab.13; Sp.4); in 16% der Fälle erfolgte eine ärztliche Überwachung zwar regelmäßig, aber immer nach Ablauf eines Zeitraumes von länger als sechs Wochen (s.Tab.13; Sp.6); in 37% der Fälle unterzogen sich die Patienten alle drei bis sechs Wochen einer ärztlichen Kontrolle und in 16% mindestens alle vierzehn Tage (s.Tab.13; Sp.10).
46% dieser Gruppe nahmen wichtige Medikamente unregelmäßig oder gar nicht oder hielten eine vorgeschriebene Diät nicht ein (s.Tab.13; Sp.12).

Die in der Gemeinschaft mit Angehörigen Lebenden hatten in 20% der Fälle überhaupt keine oder sehr seltene ärztliche Kontrolle (s.Tab.13; Sp.4), in 7% der Fälle fand sie regelmäßig, aber nach einem Zeitraum von mehr als sechs Wochen statt (s.Tab.13; Sp.6). 60% sahen ihren Arzt alle drei bis sechs Wochen (s.Tab.13; Sp.8) und 13% alle 14 Tage oder nach noch kürzerer Zeit (s.Tab.13; Sp.10).
40% dieser Gruppe nahmen wichtige Medikamente nicht oder nicht regelmäßig oder vernachlässigten eine verordnete Diät (s.Tab. 13; Sp.12).

37% der Altenheimbewohner sahen nie oder höchstens zweimal jährlich einen Arzt (s.Tab.13; Sp.4), 45% regelmäßig innerhalb von drei bis sechs Wochen (s.Tab.13; Sp.8) und 18% mindestens alle 14 Tage (s.Tab.13; Sp.10).
59% hielten eine medikamentöse oder diätetische Therapie nicht ein.

Bei den Pflegeheiminsassen waren es 6%, die nicht regelmäßig oder überhaupt nie einen Arzt sahen (s.Tab.13; Sp.4), 37% erhielten regelmäßig alle drei bis sechs und 57% mindestens alle zwei Wochen ärztlichen Besuch (s.Tab.13; Sp.8 u. 10). Lediglich 6% hielten eine medikamentöse oder diätetische Therapie nicht ein (s.Tab.13; Sp.12).

So ließ sich insgesamt feststellen, daß von den Befragten 25% nicht regelmäßig bzw. überhaupt nicht ärztlich kontrolliert wurden (s.Tab.13; Sp.4), daß 9% nach einem Zeitraum von jeweils mehr als sechs Wochen regelmäßig ihren Arzt sahen (s.Tab.13; Sp.6), daß in 45% der Fälle alle drei bis sechs Wochen und in 21% mindestens vierzehntägig der Arzt entweder zu Besuch kam oder der Patient zum Arzt ging (s. Tab.13; Sp.8 u. 10).
41% aller Befragten nahmen wichtige Medikamente gar nicht oder nicht vorschriftsmäßig ein oder hielten sich nicht an eine verordnete Diät (s.Tab.13; Sp.12).

Diese rein numerische bzw. prozentuale Aufzählung der vorgefundenen Fakten vermittelt nur einen sehr allgemeinen Eindruck von der ärztlichen Überwachung entlassener Alterspatienten. Eine Aussage, ob und wieweit die Überwachung ausreicht, läßt sich erst dann machen, wenn man die Frequenz der ärztlichen Kontrolle in Beziehung zum Kontrollbedarf setzt.
Dieser ist definiert durch Kontrollbedarfsfaktoren, die unter Berücksichtigung folgender Punkte festgesetzt sind: Augenblicklicher Allgemeinzustand, persönliches Wohlbefinden, sichtbare Krankheitszeichen, ein bestehendes chronisches oder akutes Leiden des Befragten sowie Nicht-Einhaltung einer vorgeschriebenen medikamentösen oder diätetischen Therapie (s. Material und Methodik).

Auf diese Weise lassen sich wiederum Dringlichkeitsstufen bestimmen, die für die einzelnen Gruppen in Tab.14 wiedergegeben sind.

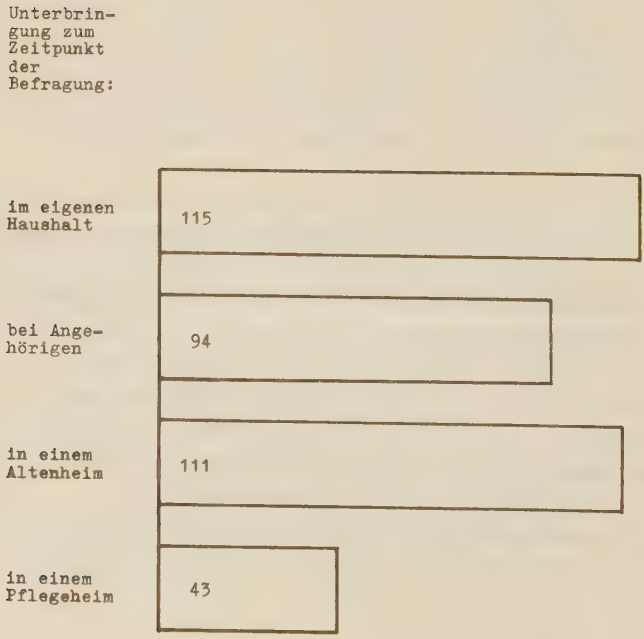
Tab.14: Verteilung der Dringlichkeitsstufen "Ärztliche Überwachung" auf die einzelnen Unterbringungsgruppen.

Unterbringung zum Zeitpunkt der Befragung	Anzahl der Befragten		DS 0		DS 1		DS 2	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1
	1	2	3	4	5	6	7	8
im eigenen Haushalt	48	100	16	33	9	19	23	48
bei Angehörigen	30	100	10	33	12	40	8	27
in einem Altenheim	22	100	6	26	8	37	8	37
in einem Pflegeheim	16	100	10	63	5	31	1	6
insgesamt	116	100	42	36	34	30	40	34

Es wird ersichtlich, daß von den im eigenen Haushalt Lebenden 33% der Fälle DS 0, 19% DS 1 und 48% DS 2 erhielten (s.Tab.14; Sp.4,6,8).
Die bei Angehörigen Wohnenden schnitten in 33% der Fälle mit DS 0, in 40% mit DS 1 und in 27% mit DS 2 ab (s.Tab.14; Sp.4, 6,8).
Die Altenheimbewohner wurden in 26% der Fälle mit DS 0, in jeweils 37% mit DS 1 und DS 2 beurteilt (s.Tab.14; Sp.4,6,8).
Die Pflegeheiminsassen erhielten in 63% der Fälle DS 0, in 31% DS 1 und in 6% DS 2 (s.Tab.14; Sp.4,6,8).
Damit wurde insgesamt für diesen Bereich ein Ergebnis von 36% DS 0, 30% DS 1 und 34% DS 2 ermittelt (s.Tab.14; Sp.4,6,8).

Vergleicht man die einzelnen Unterbringungsgruppen auf die bereits für die vorhergehenden Bereiche praktizierte Weise an Hand von Minuspunkten, so schneiden die im eigenen Haushalt Lebenden mit 115 Punkten am schlechtesten ab, dicht gefolgt von den Altenheimbewohnern mit 111 Punkten. Die in der Gemeinschaft mit Angehörigen Lebenden erhielten 94 und die Pflegeheiminsassen 43 Punkte (s.Abb.6).

Abb.6: Minuspunkte "Ärztliche Überwachung" der einzelnen Unterbringungsgruppen.



Teil IV : Gesamtbewertung

In wievielen Fällen und in welchen Bereichen welche Mängel festgestellt wurden, ist zu Beginn jedes der vorangegangen drei Kapitel kurz erläutert worden.
Danach wurden diese Mängel in Beziehung zur jeweiligen Bedürftigkeit gesetzt und es ergaben sich Dringlichkeitsstufen. Diese wiederum waren Grundlage für die Errechnung der Minuspunkte, mittels derer gezeigt werden konnte, wie die einzelnen Unterbringungsgruppen in den jeweiligen Bereichen gesamtbewertet wurden.

Mit Hilfe des Minuspunktsystems lassen sich noch zwei weitere wichtige Fragen klären.

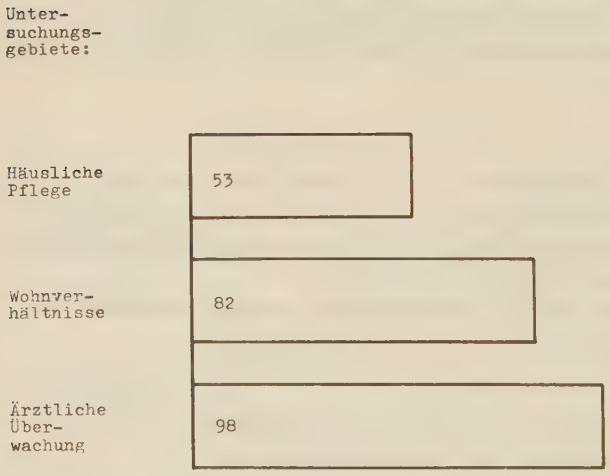
1. In welchem Bereich war die Situation der entlassenen Alterspatienten am schlechtesten?
2. Welche Gruppe der Alterspatienten schnitt insgesamt am schlechtesten ab?

ad 1) In welchem Bereich war die Situation der entlassenen Alterspatienten am schlechtesten?

Durch Addition der Zahlenwerte der auf die Gesamtzahl der Befragten berechneten Prozentanteile der Dringlichkeitsstufen 1 mit den verdoppelten Zahlenwerten der Dringlichkeitsstufen 2 und durch Vergleich der drei dabei errechneten Summen läßt sich die Gesamtsituation objektivieren (s. auch Tab.9,11,14, jeweils letzte Zeile):

Je höher der Zahlenwert der Endsumme, desto schlechter die Beurteilung des jeweiligen Bereichs (s.Abb.7).

Abb.7: Vergleich der Anzahl der Minuspunkte der drei untersuchten Gebiete.



Aus Abb.7 wird deutlich, daß sich die höchste Minuspunktzahl (98) im Bereich der "Ärztlichen Überwachung" errechnete. Der Bereich "Wohnverhältnisse" erhielt 82 und der Bereich "Häusliche Pflege" 53 Minuspunkte.

ad 2) Welche Gruppe der Alterspatienten schnitt insgesamt am schlechtesten ab?

Durch Addition der einzelnen Gruppenbewertungen in den drei untersuchten Bereichen und anschließende Drittelung der Summe errechnet sich ein Durchschnittswert. Je größer dieser Wert, desto schlechter stellt sich die Gesamtsituation der jeweiligen Gruppe dar (s.Abb.8).

Abb.8: Vergleich der Anzahl der Minuspunkte der vier Unterbringungsgruppen.(Einselwerte = gestrichelte Linie; Durchschnittswerte = ausgezogene Linie)

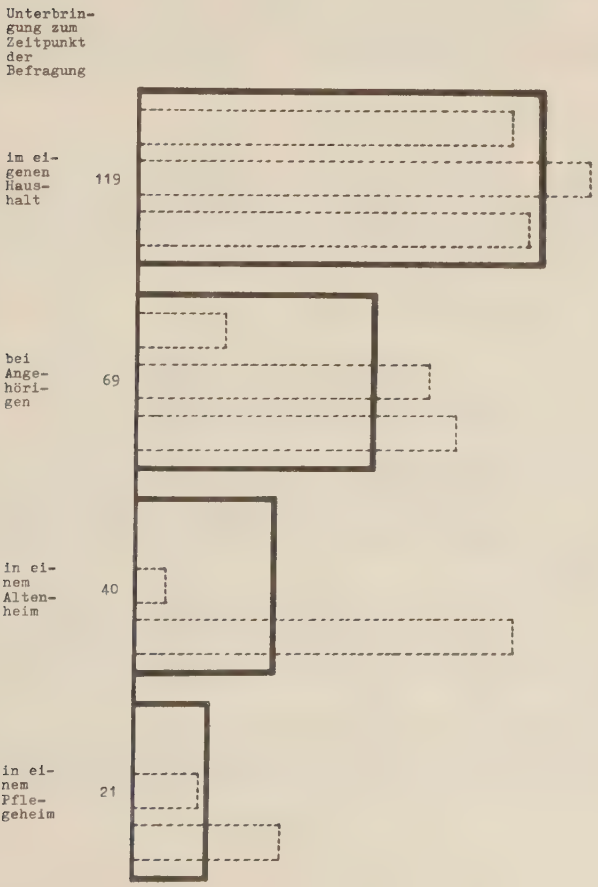


Abb.8 zeigt in den schmalen Säulen noch einmal die einzelnen Gruppenbewertungen nebeneinander, darüber ist der errechnete Durchschnittswert gezeichnet.
Dabei wird ersichtlich, daß die im eigenen Haushalt Lebenden am schlechtesten abschneiden (119 Minuspunkte), gefolgt von denen, die bei Angehörigen wohnen (69 Minuspunkte), während sich die Gesamtsituation der Heiminsassen am besten darstellte (Altenheimbewohner 40, Pflegeheiminsassen 21 Minuspunkte).

Diese Feststellungen lassen sich durch eine weitere Zahlenmanipulation einerseits erhärten und andererseits noch modifizieren:
Addiert man die drei Dringlichkeitsstufen eines jeden Befragten, so ergeben sich für ihn Noten von 0 bis 6. Anhand dieser Noten werden die Patienten nun in zwei Gruppen eingeteilt:

GruppeI (Noten 0,1 oder 2):

Ihre augenblickliche Situation ist gut (0) bis gerade noch tragbar (2). Dabei bedeutet 0 = dreimal DS 0, 1 = einmal DS 1, 2 = zweimal DS 1 oder einmal DS 2.

Gruppe II (Noten 3,4,5 oder 6):

Ihre augenblickliche Situation ist schlecht (3) bis untragbar (6), wobei 6 z.B. dreimal DS 2 bedeutet.

Entsprechend der Darstellung in Abb.8 wird auch hier beim Vergleich der vier Unterbringungsgruppen untereinander das bei weitem schlechteste Abschneiden der im eigenen Haushalt Lebenden sichtbar:
Mit 79% sind sie an der Benotungsgruppe II (3,4,5 und 6) beteiligt (s.Tab.15; Sp.6), während dies nur auf 23% der bei Angehörigen Wohnenden und überhaupt nicht auf die Heiminsassen zutrifft.
Insgesamt erhielten 61% der Befragten die Noten 0,1 oder 2 und 39% die Noten 3,4,5 oder 6 (s.Tab.15; Sp.4 u. 6).

Tab.15: Verteilung der beiden Benotungsgruppen auf die einzelnen Unterbringungsgruppen.

Unterbringung zum Zeitpunkt der Befragung	Anzahl der Befragten		Benotungsgruppe I: 0 1 2		Benotungsgruppe II: 3 4 5 6	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1
	1	2	3	4	5	6
im eigenen Haushalt	48	100	10	21	38	79
bei Angehörigen	30	100	23	77	7	23
in einem Altenheim	22	100	22	100	-	-
in einem Pflegeheim	16	100	16	100	-	-
insgesamt	116	100	71	61	45	39

Beim Vergleich der Anzahl der erneut notwendig gewordenen Krankenhausaufenthalte beider Benotungsgruppen konnten wir feststellen, daß bei den Befragten der Benotungsgruppe I in 39% und bei denen der Gruppe II in 58% der Fälle eine erneute Krankenhauseinweisung notwendig geworden war (s.Tab.16). Damit liegt die Wiedereinweisungsquote bei den Befragten der Gruppe II um 19% höher als bei denjenigen mit der besseren Gesamtbewertung von 0,1 oder 2 (s.Tab.16; Sp.4).

Tab.16: Verteilung der Anzahl der erneuten Krankenhausaufenthalte auf die beiden Benotungsgruppen.

Benotungsgruppe	Anzahl der Befragten		Anzahl der erneuten Krankenhausaufenthalte	
	abs.	in % der Sp.1	abs.	in % der Sp.1
	1	2	3	4
I (0;1;2)	71	100	28	39
II (3;4;5;6)	45	100	26	58

Diskussion

In dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, anhand eines speziellen Bewertungssystems, der Ermittlung von Dringlichkeitsstufen, die Situation von Alterspatienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus in den Bereichen "Häusliche Pflege", "Wohnverhältnisse" und"Ärztliche Überwachung" zu beschreiben.

Hier seien noch einmal kurz zusammengefaßt die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung und die daraus zu ziehenden Schlußfolgerungen:
Auffallend hoch ist die Sterbegröße in den ersten 1 1/4 Jahren nach der Entlassung, sie ist deutlich erhöht gegenüber der Zeit nach 1 1/4 Jahren (s.Abb.3). Die deutlich höchste Sterbegröße ist im ersten Vierteljahr nach dem Verlassen des Krankenhauses zu verzeichnen.
Nach langer intensiver stationärer Behandlung, die durch optimale Pflege und Therapie charakterisiert ist, ist der Patient in vielen Fällen plötzlich wieder völlig auf sich allein gestellt. Er kehrt in eine häusliche Umgebung zurück, die seiner Behinderung nicht oder nur unzureichend angepaßt ist, oft entbehrt er notwendige Hilfe und Pflege, und die ärztliche Kontrolle, im Krankenhaus täglich vorhanden, ist nun, wenn sie überhaupt durchgeführt wird, auf ein Minimum reduziert. Als Beweis dieser für den Patienten schweren körperlichen und seelischen Belastung ist die hohe allgemeine Sterberate noch bis 1 1/4 Jahre nach der Entlassung anzusehen.
Auffallend war, daß von denjenigen Befragten, die unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt Aufnahme in einem Pflege-

heim gefunden hatten, bis zum Zeitpunkt des Besuches (nach durchschnittlich 2 1/4 Jahren) noch keine Person verstorben war (s.Tab.6; Sp.11 u. 12), obwohl sie sich im Verhältnis zu den übrigen Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung in einem schlechteren Gesundheitszustand befunden hatten.
Dies läßt den Schluß zu, daß für die Sterblichkeit der entlassenen Alterspatienten der Gesundheitszustand nicht allein ausschlaggebend zu sein scheint, sondern daß die soziale Gesamtsituation auf den in dieser Arbeit untersuchten drei Teilgebieten eine nicht unerhebliche Rolle spielt.
Die medizinischen und sozialen Hintergründe der hohen Anzahl der Sterbefälle in den drei übrigen Unterbringungsgruppen konnten leider nicht direkt ermittelt werden, zum einen, weil es sich bei dieser Untersuchung um eine Querschnittsstudie handelte - jeder Patient wurde nur einmal besucht und dabei wurde die jeweilige Situation zum Zeitpunkt des Hausbesuches festgehalten - zum anderen ist folgendes zu berücksichtigen: Selbst wenn es möglich gewesen wäre, Einblick in den Totenschein zu nehmen (was nicht der Fall war), hätte die rein medizinische Todesursache keinen Aufschluß darüber gegeben, inwieweit mangelnde häusliche Pflege, inadäquate Wohnverhältnisse und zu geringe ärztliche Kontrolle für den Tod mitverantwortlich zu machen sind, da soziale Todesursachen nicht auf dem Totenschein vermerkt werden.
Indirekt lassen sich jedoch Rückschlüsse auf den sozialen Hintergrund der Verstorbenen ziehen, wenn man die Situation der Lebenden betrachtet.

Nur 61% der Befragten besaßen ausreichende Hilfe und Pflege (s.Tab.9; Sp.4), nicht einmal jeder zweite lebte in einer Wohnung, die seiner Behinderung angepaßt war (s.Tab.1; Sp.4), und bei kaum mehr als jedem Dritten war die Frequenz der ärztlichen Kontrolle so bemessen, daß man sie als ausreichend bezeichnen konnte (s.Tab.1; Sp.4).

Bei einem Vergleich der drei Bereiche (s.Abb.7) zeigten sich hinsichtlich der ärztlichen Überwachung die gravierendsten Mängel. Hinzu kam, daß 41% der Befragten entweder wichtige

Medikamente überhaupt nicht oder nicht nach Vorschrift einnahmen oder eine verordnete Diät nicht einhielten (s.Tab.13; Sp.12).
An dieser Stelle muß Kritik geübt werden nicht nur an der zum Teil zu selten vorgenommenen ärztlichen Kontrolle, sondern auch an der Qualität der ärztlichen Überwachung.
Vielfach hatte der behandelnde Arzt die im Krankenhaus eingeleitete Therapie nicht mit der notwendigen Zielstrebigkeit fortgesetzt, so waren z.B. hochwirksame Cardiaka häufig unterdosiert oder durch weniger bzw. nachgewiesen nicht wirksame Mittel ersetzt worden.
In vielen Fällen war den Befragten die Wichtigkeit und Notwendigkeit regelmäßiger Medikamenteneinnahme überhaupt nicht bewußt, sie hatten bald nach Verlassen des Krankenhauses bei subjektivem Wohlbefinden von sich aus die Medikation eingestellt.
Kritikwürdig in mehreren Punkten waren ferner die vorgefundenen Wohnungen oder Zimmer (s.Tab.10). So standen nicht einmal jedem fünften ausreichend sanitäre Hilfsmittel zur Erleichterung oder als Voraussetzung für die tägliche Hygiene zur Verfügung (s.Tab.10; Sp.12). Mit besonders unzureichenden Bedingungen mußten sich hier die im eigenen Haushalt oder bei Angehörigen Lebenden begnügen. Nur bei zwei von den insgesamt 78 Befragten waren diese für den behinderten Patienten so wichtigen Utensilien installiert, wie Haltegriffe an Bad und Toilette oder rutschfeste Gummimatten in Wanne oder Duschbecken (s.Tab.10; Sp.12).
In mehr als der Hälfte der Zimmer oder Wohnungen gab es beträchtliche Unfallgefahren, vor allem schlecht liegende Teppiche und Türschwellen (s.Tab.10; Sp.8). Immer wieder wurde von den Befragten darauf verwiesen, man habe sich an die jeweiligen Hindernisse gewöhnt, deshalb stellten sie keine Gefahr dar. Im Laufe des Gespräches mußten schließlich die meisten doch zugeben, schon einmal oder des öfteren über diese Hindernisse gestolpert oder gar gefallen zu sein. In vier Fällen kam es dabei sogar zu ernsthaften Verletzungen, die einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatten.

40% der Befragten hatten weder Fahrstuhl noch doppelseitige Handläufe im Treppenhaus (s.Tab.10; Sp.4). So könnte man mit der Aufzählung der Mängel fortfahren, um die häusliche Misere noch deutlicher zu machen. (Weitere Einzelheiten siehe Tab.10)
Hier ließe sich passend eine Bemerkung von Zille anführen, der einmal sagte: "Mit der Wohnung kann man einen Menschen genauso umbringen wie mit der Axt. Es dauert nur länger und ist qualvoller."
Im Bereich "Häusliche Pflege" fiel das Gesamtergebnis nur deshalb so relativ gut aus, weil 59% der Befragten ohnehin in einer ständig sie umsorgenden Umgebung (Angehörige, Altenheim, Pflegeheim) lebten, wo nur wenige Mängel festgestellt werden konnten. Betrachtet man auf diesem Gebiet jedoch die im eigenen Haushalt Lebenden für sich allein, so zeigt sich, daß von den 43 hilfsbedürftigen Befragten 24 (= 56%) höchstens einmal wöchentlich, wenn überhaupt, eine Hilfe hatten, wobei der Grad der Hilfsbedürftigkeit bei dieser Art der Beschreibung nicht einmal berücksichtigt ist (s.Tab.8; Sp.5-8).

Alles in allem stellte sich die Gesamtsituation der im eigenen Haushalt Lebenden am schlechtesten dar:
Sie erreichten in allen drei untersuchten Gebieten und deshalb auch durchschnittlich die höchste Anzahl an Minuspunkten (s. Abb.8). Vier von fünf der im eigenen Haushalt Lebenden erhielten die schlechte Note II (s.Tab.15).
Diejenigen, die bei Angehörigen lebten, schnitten in der Gesamtbewertung am zweitschlechtesten ab (s.Abb.8 u. Tab.15). Während hier im Bereich "Häusliche Pflege" aufgrund der Tatsache, daß in den meisten Fällen die Befragten immer jemanden um sich hatten, nur wenig auszusetzen war, waren die Mängel im Bereich der "Wohnverhältnisse" und der "Ärztlichen Überwachung" Hauptursache für die schlecht beurteilte Gesamtsituation. Nicht zuletzt erhielt fast jeder Vierte von ihnen die schlechte Note II.

Bei den Altenheimbewohnern und, wenn auch weit weniger, bei den Pflegeheiminsassen war es vor allem die ärztliche Über-

wachung, die sehr zu wünschen übrig ließ. Im Bereich "Häusliche Pflege" war hier nichts zu beanstanden, auf dem Gebiet der "Wohnverhältnisse" nur Weniges (s.Abb.8). Keiner der Heimbewohner erhielt die schlechte Note II (s.Tab.15).

Damit schnitten in der Gesamtbewertung die Pflegeheiminsassen am besten ab, gefolgt von den Altenheimbewohnern. An dritter Stelle lagen die bei Angehörigen untergebrachten Befragten, gefolgt von den allein im eigenen Haushalt Lebenden, deren Gesamtsituation sich hiermit in dieser Untersuchung am schlechtesten darstellte.

Daß ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer schlechten Gesamtsituation und der Zahl der erneut notwendig werdenden Krankenhausaufenthalte besteht, konnte anhand von Tab.16 gezeigt werden. Hier lag die Wiederaufnahmequote der Benotungsgruppe II (Noten 3,4,5,6) 19% höher als die der Benotungsgruppe I (Noten 0,1 und 2).

Aus dem Ergebnis der Untersuchung läßt sich schließen, daß für geriatrische Patienten vor allem die Entlassung in das häusliche Milieu, in dem sie größtenteils sich selbst überlassen sind, unter den gegebenen Umständen keine optimale Lösung darstellt. Die unzureichende Hilfe und Pflege sowie die in quantitativer und manchmal auch qualitativer Hinsicht mangelnde ärztliche Überwachung zusammen mit den häufig inadäquaten Wohnverhältnissen tragen nicht dazu bei, die Gesundheit nach der Entlassung aufrechtzuerhalten, sondern sind eher dazu angetan, sie zu verschlechtern.
Vor allem sind die ersten Monate nach dem Krankenhausaufenthalt eine Zeit erhöhter Gefahr für Gesundheit und Leben des alten Menschen. Es ist daher zu überlegen, was für entlassene Alterspatienten getan werden kann, um ihre Situation außerhalb des Krankenhauses zu verbessern.
Die scheinbar optimale Lösung, grundsätzlich alle geriatrischen Patienten in ein Alten- oder ein Pflegeheim zu entlassen, ist kaum realisierbar, da die Altenheime ohnehin überfüllt, die Wartezeiten lang sind und für die Neueinrichtung von Heimplätzen in so großem Ausmaß die finanziellen Mittel fehlen. Außerdem wäre damit das psychologische Problem nicht gelöst, daß die alten Menschen meist ihre eigene Wohnung, in der sie oft jahrzehntelang gelebt haben, nicht aufgeben wollen. Sie nehmen lieber einige Unbequemlichkeiten in Kauf, als die vertraute Umgebung mit einem Heimplatz zu vertauschen.
Es gilt daher, im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten Verbesserungen vorzunehmen.

So müßte die Vorbereitung des Patienten auf die veränderte Situation nach seiner Entlassung bereits im Krankenhaus beginnen.
Zunächst ist es die Aufgabe des Krankenhauses, angesichts der weitverbreiteten Unkenntnis über die Wichtigkeit und Notwendigkeit regelmäßiger Medikamenteneinnahme aufklärend zu wirken. Die Patienten bekommen während des stationären Aufenthaltes oft eine Fülle von verschiedenen Medikamenten verabreicht, die sie auch zu Hause weiter einnehmen müssen, ohne daß ihnen bewußt gemacht wird, wofür oder wogegen das eine

oder andere Medikament helfen soll und wie wichtig seine regelmäßige Einnahme ist. So ist es nicht verwunderlich, wenn diese Patienten zu Hause die Medikation bald von sich aus einstellen.
Bei der oft sehr langen Verweildauer in den Anstalten für Langfrist- und Chronischkranke und im Hinblick auf die große Mühe und Geduld, die man bei den rehabilitativen Maßnahmen aufbringt, sollte es nicht schwierig sein, eine intensive und ebenso geduldige Aufklärung im Hinblick auf die poststationäre Medikation durchzuführen.
Der Patient muß vor allem darauf hingewiesen werden, daß auch bei bestem Wohlbefinden eine weitere Einnahme der Medikamente erforderlich ist und ein Absetzen einen Rückfall in den ehemaligen Krankheitszustand zur Folge haben wird. Die Belehrung und Erziehung der Patienten oder gegebenenfalls ihrer Angehörigen zur selbstständigen medikamentösen Therapie erfordern zweifellos von Ärzten und Pflegepersonal viel Zeit und Geduld. Man sollte aber nicht vergessen, daß oft Monate einer teuren und aufwendigen Behandlung im Krankenhaus vergebliche Mühe waren, wenn die Patienten zu Hause wichtige Medikamente nicht oder nur unregelmäßig einnehmen oder eine Diät nicht einhalten. Erst wenn dieser Punkt gesichert ist, sollte die Entlassung erwogen werden, andernfalls gehört der Patient auf die Pflegestation oder ins Pflegeheim.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die gesicherte poststationäre Medikation ist die konsequente Fortführung der Therapie und ständige Kontrolle des Patienten durch den Hausarzt, der zu diesem Zweck rechtzeitig vom Krankenhaus in Kenntnis gesetzt werden muß, mit welchem Leiden der Patient nach Hause kehrt und wie man es optimal behandelt.
Auch die Beschaffung einer zuverlässigen Haushaltshilfe oder Hauspflege sowie die Installation sanitärer Hilfsmittel sollten mit dem Einverständnis des Patienten noch während des Krankenhausaufenthaltes organisiert werden.

Wie wenig diese Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Hausbesuche jedoch erfüllt waren, zeigte diese Untersuchung:
Bei den meisten Befragten war die ärztliche Kontrolle ungenü-

gend, fast die Hälfte hielt sich nicht oder nur unregelmäßig an die vorgeschriebene Therapie. Sieht man von den Heimbewohnern und denen, die bei Angehörigen lebten, ab, so reichte bei vier von fünf Patienten die häusliche Pflege nicht aus, und nur wenigen der zu Hause Lebenden standen sanitäre Hilfsmittel zur Verfügung. Die Frage ist deshalb, wie man die häusliche Situation der entlassenen Patienten verbessern kann.

Grundsätzlich sollte es nach der Entlasssung nicht dem Patienten selbst überlassen bleiben, den Arzt aufzusuchen, sondern der Arzt sollte in regelmäßigen, dem Zustand des Patienten angemessenen Abständen einen Hausbesuch beim Patienten durchführen. Hierfür ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Arzt erforderlich:
Der Hausarzt sollte noch am Tag der Entlassung des Patienten wenigstens eine kurze Information über dessen Zustand und die weitere Therapie erhalten, um möglichst bald den ersten Hausbesuch mit den entsprechenden Informationen durchführen zu können und damit den lückenlosen Übergang von der stationären zur häuslichen medizinischen Versorgung zu gewährleisten.
Die Abstände zwischen den einzelnen Hausbesuchen sollten den spezifischen Bedürfnissen des Patienten angepaßt sein, jedoch nie länger als vier Wochen betragen. In diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert, wenn Hausbesuche von seiten der gesetzlichen Krankenkassen besser als bisher honoriert würden, damit die frei praktizierenden Ärzte nicht wegen wirtschaftlicher Überlegungen von Hausbesuchen Abstand nehmen müssen.

Sollte irgendwann eine erneute stationäre Behandlung erforderlich werden, wäre es vernünftig den Patienten nach Möglichkeit wieder in das "alte" Krankenhaus einzuweisen. Er kehrt so in eine ihm bekannte Umgebung zurück, und die für einen alten Menschen schwierige Umstellung auf die psychisch belastende Krankenhausatmosphäre wäre ihm damit erleichtert.
Außerdem liegen im Krankenhaus sofort die frühere Anamnese und Krankengeschichte vor, was für die einzuleitende Behandlung von Vorteil wäre.

Eine so gewährleistete medizinische Versorgung und damit die Aufrechterhaltung eines akzeptablen Gesundheitszustandes kann nur in Verbindung mit einer optimalen pflegerischen Versorgung durchgeführt werden.
Unsere Untersuchung zeigte, daß vor allem bei den zu Hause Lebenden in vielen Fällen die Pflege im Verhältnis zur Hilfsbedürftigkeit nicht ausreichte.
Voraussetzung für die Organisation und Aufrechterhaltung ausreichender häuslicher Pflege ist eine Fürsorgeabteilung im geriatrischen Krankenhaus, die genügend Hauspflegerinnen, sei es in Zusammenarbeit mit caritativen Verbänden und Sozialämtern, sei es durch eigene Ausbildung, bereitstellen kann. Dabei sollte man nicht zu hohe Anforderungen an eine spezielle Ausbildung stellen, da es unrealistisch ist, auf dem Arbeitsmarkt genügend qualifizierte Fachkräfte zu finden und außerdem die Finanzierung voll ausgebildeter Fachkräfte, die in so großer Zahl gebraucht würden, vorläufig ohne jede reale Basis ist. Hilfsbedürftige alte Menschen brauchen vor allem Unterstützung bei der Hausarbeit und eventuell eine Begleitung bei Spaziergängen. Patienten, die darüber hinaus hilfsbedürftig sind, sollten nicht mehr die Verantwortung für einen eigenen Haushalt übernehmen.

Aufgabe einer solchen Fürsorgeabteilung wäre es auch in Zusammenarbeit mit den Beschäftigungstherapeuten des Krankenhauses, die die funktionellen Möglichkeiten des Patienten kennen, und eventuell mit den Beratungsstellen für Körperbehinderte, die adäquate Umgestaltung der Wohnung des Patienten zu organisieren, bevor er entlassen wird. Hier könnten dem Behindertenkatalog eines großen deutschen Versandhauses nützliche Anregungen entnommen werden.
Sobald der Gesundheitszustand des Patienten genügend stabilisiert ist, daß er für einige Stunden das Krankenhaus verlassen kann, könnte mit ihm in der Wohnung eine Ortsbesichtigung durchgeführt werden und die erforderlichen Veränderungen abgesprochen bzw. gleich vorgenommen werden.
Erst wenn die Wohnung der Behinderung des Patienten angepaßt ist, sollte er nach Hause entlassen werden.

Wenn auch die vorrangige Intention dieses Vorschlags darin liegt, den alten Menschen - gleichberechtigt neben anderen gesellschaftlichen Gruppen anderer Altersstufen - zu einem möglichst lebenswerten Leben zu verhelfen, so ist es doch unumgänglich, finanzielle Aspekte von Reformvorschlägen zu berücksichtigen.
Diese Vorschläge erscheinen nur auf den ersten Blick aufwendig und teuer. Bedenkt man aber, daß durch diese optimale Betreuung erneute Krankenhausaufenthalte und Heimeinweisungen vielfach verhindert werden könnten, so dürften die Kosten im Endeffekt wesentlich niedriger liegen als dies heute der Fall ist.
Zum Schluß sollte man bei allen Überlegungen nicht vergessen, daß das was wir heute für die alten Menschen schaffen, eines Tages auch uns zu Gute kommen wird.

ANHANG

F R A G E B O G E N

zur Untersuchung der häuslichen Pflege,
der Wohnverhältnisse sowie der ärztlichen
Überwachung entlassener Alterspatienten

Name:.....Vorname:.....

Geb.:.....Alter:.....Jahre Aufnahmenummer:.....

Anschrift nach der Entlassung: 1 Bln.....

Zuständiges Polizeirevier:.....Tel.:.....

Verzogen nach:.....Verstorben:.....

Datum des Hausbesuches:...../.....Monate nach der Entlassung

Kurze Angaben zur Krankengeschichte:

Aufenthalt im Malteserkrankenhaus vom.....bis.....

Der Befragte befand sich unmittelbar vor der stationären Behandlung im Malteserkrankenhaus in einer anderen Krankenanstalt
JA / NEIN

Wenn JA: vom.....bis..... im.....

Hausarzt Dr.med.....1 Bln.....

Diagnosen: (in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit)

1. .....

   Therapie:.....

2. .....

   Therapie:.....

3. .....

   Therapie:.....

4. u.s.w.....

   Therapie:.....

A) Häusliche Pflege

1. Wohin wurde der Befragte entlassen?

   a)[1] in den eigenen Haushalt
   (frühere Wohnung; Altenwohnheim o.ä.)

   b) zu Angehörigen
   (z.B. Familie eines Kindes; Ehepartner; Geschwister)

   c) in ein Altenheim

   d) in ein Altenpflegeheim

2. Wo lebt der Befragte jetzt?

   a) im eigenen Haushalt

   b) bei Angehörigen, die für ihn sorgen (4)

   c) in einem Altenheim (4)

   d) in einem Altenpflegeheim (4)

3. Falls 2a) zutrifft, hat der Befragte eine Hauspflegerin, Reinemachefrau o.ä.?

   JA [2]

   NEIN (1)

   Wenn JA: In welchem Umfang wird Hilfe geleistet?

   a) höchstens einmal wöchentlich zwei bis drei Stunden (2)

   b) mindestens zweimal wöchentlich zwei bis drei Stunden (3)

   c) Dauerhilfe (Tag und Nacht) (4)

[1] = Zutreffendes ankreuzen
[2] = nicht Zutreffendes streichen

4. Ist der Befragte in der Lage, alle für ihn erforderlichen Wege und Verrichtungen ohne besondere Anstrengung selbstständig, ohne Hilfestellung, durchzuführen?

JA[1] (I)

NEIN

Wenn NEIN: Der Befragte braucht Hilfe

a)[2] bei der Verrichtung von Grobarbeit (z.B. beim Kochen, Einkaufen, Waschen, Putzen, Heizen) (II)

b) bei der Körperreinigung (z.B. beim Baden) (II)

c) beim täglichen An- und Auskleiden (III)

d) beim Kontakt mit der Umwelt (z.B. durch herabgesetzte Hör-, Sprach- oder Sehfähigkeit) (III)

e) bei der Fortbewegung (z.B. Stützen beim Gehen, Hilfe beim Fahren des Rollstuhls) (III)

f) wegen geistiger Abbauerscheinungen (Desorientiertheit zu Ort, Zeit und Person) (III)

g) wegen psychischer Störungen (z.B. Depressionen oder Affekte, durch die Personen oder Sachen gefährdet sein könnten) (III)

h) bei der Behandlung von offenen Wunden (z.B. Dekubitalulcera oder Ulcera cruris) (III)

i) wegen Inkontinenz (Beseitigung der Fäkalien und anschließende Körperreinigung) (III)

k) bei der Nahrungsaufnahme (z.B. Füttern oder Halten des Trinkgefäßes) (III)

l) wegen Bettlägerigkeit (z.B. Anlegen und beseitigen von Urinflaschen und Bettpfannen oder Hilfe beim Besteigen des Nachtstuhls u.s.w.) (III)

[1] = nicht Zutreffendes streichen

[2] = Zutreffendes ankreuzen

B) Wohnverhältnisse

5. Befindet sich ein Fahrstuhl im Hause, den der Befragte benutzen kann, oder liegt die Wohnung im Parterre?

JA 1 = nicht Zutreffendes streichen (4)

NEIN

Wenn NEIN: Befinden sich im Treppenhaus doppelseitige Handläufe?

JA (3)

NEIN (2)

6. Ist der Haushalt des Befragten größer als eine Einzimmer-Wohnung?

JA (2)

NEIN (4)

7. Gibt es in der Wohnung (im Zimmer) des Befragten Stolperhindernisse (z.B. Türschwellen, schlecht liegende Teppiche, hinderliche Stromkabel o.ä.)?

JA (2)

NEIN (4)

8. Gibt es in der Wohnung (im Zimmer) des Befragten ein Telephon
oder lebt er in ständiger Gemeinschaft mit einer zurechnungsfähigen Person
oder lebt er in einem Alten- oder Altenpflegeheim?

JA (4)

NEIN (1)

9. Muß der Befragte selbst heizen?

JA [1] (2)

NEIN

10. Gibt es in Bad und Toilette adäquate sanitäre Hilfsmittel?

NEIN (1)

JA

Wenn JA: Was ist vorhanden?

a) [2] Haltegriffe an Badewanne oder Dusche

b) Haltegriffe an der Toilette

c) Rutschfeste Gummimatten in Wanne oder Dusche

Bei Zutreffen von a) + b) + c) (4)

Bei Zutreffen nur eines oder zweier der drei Punkte (2)

11. Besitzt der Befragte, falls seine Wohnung (sein Zimmer) nicht im Parterre liegt einen Balkon, den er ungehindert betreten kann?

JA (ohne Bewertung)

NEIN (ohne Bewertung)

[1] = nicht Zutreffendes streichen

[2] = Zutreffendes ankreuzen

12. Ist der Befragte weder körperlich noch geistig behindert?

JA [1] (I)

NEIN

Wenn NEIN: Der Befragte ist leicht behindert,

a) [2] weil er bei längerem Treppensteigen, bei langen Gehstrecken oder sonstigen schweren körperlichen Anstrengungen unter luftnot leidet (II)

b) durch zeitweiligen Schwindel (II)

c) durch geringe Bewegungseinschränkung einer Extremität aufgrund einer Lähmung, einer rheumatischen Erkrankung oder einer Durchblutungsstörung (z.B. "Schaufensterkrankheit") (II)

d) durch Sonstiges..... (II)

Der Befragte ist schwer behindert,

e) weil er schon bei geringster körperlicher Betätigung (z.B. bei kurzen Gehstrecken, kleinen Aufräumarbeiten oder nach wenigen Treppenstufen) unter Luftnot leidet (III)

f) durch Dauerschwindel (III)

g) durch hochgradige Bewegungseinschränkung einer oder mehrerer Extremitäten aufgrund einer rheumatischen Erkrankung, einer Durchblutungsstörung oder einer weitgehenden Lähmung (III)

h) durch Teil- oder Totalamputation einer Extremität (III)

i) durch starke Einschränkung des Sehvermögens (III)

k) durch deutliche Einschränkung seiner geistigen Funktionen (III)

l) durch Sonstiges..... (III)

[1] = nicht Zutreffendes streichen

[2] = Zutreffendes ankreuzen

13. Ist der Befragte aufgrund seiner körperlichen Behinderung und/oder zusätzlicher anderer Gründe dauernd an seine Wohnung (an sein Zimmer) gebunden und kann er deshalb nur selten oder gar nicht spazieren gehen oder sonstige Wege machen?

JA [1] (ohne Bewertung)

NEIN (ohne Bewertung)

Wenn JA, warum?.....
.....

C) Ärztliche Überwachung

14. Wie oft kommt der Hausarzt zu Besuch bzw. besucht der Befragte den Hausarzt?

a) [2] gar nicht oder höchstens ein- bis zweimal im Jahr (1)

b) regelmäßig, aber nach mehr als sechs Wochen (2)

c) regelmäßig alle drei bis sechs Wochen (3)

d) regelmäßig mindestens alle 14 Tage (4)

e) der Patient befindet sich in stationärer Behandlung (5)

[1] = nicht Zutreffendes streichen

[2] = Zutreffendes ankreuzen

15. Wie gesund bzw. wie krank ist der Befragte?

a)[1] der Befragte befindet sich in einem guten Allgemeinzustand

b) der Befragte fühlt sich gesundheitlich wohl und klagt über keinerlei Beschwerden

c) ein chronisches Leiden ist in der Krankengeschichte nicht vermerkt

d) zum Zeitpunkt der Befragung keine äusseren Anzeichen einer akuten oder chronischen Erkrankung

e) vom Arzt sind zur Zeit keine Medikamente verschrieben

Bei Zutreffen aller Punkte von a) bis e) (I)

f) der Krankengeschichte ist zu entnehmen, daß der Befragte an einer chronischen Erkrankung leidet, die fortlaufend therapiert werden muß (II)

g) der Befragte befindet sich in einem schlechten Allgemeinzustand (III)

h) der Befragte fühlt sich gesundheitlich nicht wohl und klagt über Beschwerden (III)

i) der Befragte nimmt wichtige Medikamente nicht regelmäßig und nicht nach Vorschrift ein (III)

k) der Befragte hält eine verordnete Diät nicht ein (III)

l) der Befragte leidet an einer akuten Erkrankung (z.B. Erkältung, Grippe), die ambulant behandelt werden kann (III)

m) der Befragte befindet sich in einem desolaten Allgemeinzustand (IV)

n) der Befragte leidet an einer schweren akuten oder chronischen Erkrankung, für die eine stationäre Behandlung angebracht erscheint (IV)

[1] = Zutreffendes ankreuzen

16. Ist der Patient seit der Entlassung aus dem Malteser-krankenhaus erneut stationär behandelt worden?

JA [1] (ohne Bewertung)

NEIN (ohne Bewertung)

Wenn JA, wann? 1. .....
2. .....
3. .....

[1] = nicht Zutreffendes streichen

A) Bestimmung der Dringlichkeitsstufe "Häusliche Pflege"

Quotient: ———— = =

Stufe:

B) Bestimmung der Dringlichkeitsstufe "Wohnverhältnisse"

Summe der Faktoren (Wohnung).....

Anzahl der Faktoren (Wohnung).....

Wohnungsfaktor: ———— =

Quotient: ———— = =

Stufe:

C) Bestimmung der Dringlichkeitsstufe "Ärztliche Überwachung"

Quotient: ———— = =

Stufe:

G e s a m t b e u r t e i l u n g:

Dringlichkeitsstufe "Häusliche Pflege" .....

Dringlichkeitsstufe "Wohnverhältnisse" .....

Dringlichkeitsstufe "Ärztliche Überwachung" .....

Insgesamt: .....

Literaturverzeichnis

Beauvoir de, S. "Das Alter", Rowohlt Verlag, Hamburg 1972

Blume, O. "Über die Lebenssituation älterer Menschen in Großstädten und auf dem flachen Land in der Bundesrepublik Deutschland" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 267-273

Böger, J. und Flotho, A. "Beitrag zur häuslichen Situation entlassener Apoplektiker", Die Berliner Ärztekammer, 7.Jg. Heft 9/70, 299-302

Brisch, U. "Der alte Mensch und die Aufgaben der Sozialämter der Großstädte" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 294

Brocklehurst, J.C. und Shergold, M. "Old People leaving Hospital", Geront.clin., Bd.11, 1969, 115-126

Brüschke, G. und Sima, J. "Einige Grundsätze zur verbesserten Betreuung älterer und alter Bürger nach Entlassung aus Krankenhausbehandlung" Dtsch. Ges.wesen, Bd.27, 1972 Heft 1, 23-24

Dittrich, G.G. "Städtebauliche und architektonische Aspekte beim Bau von Altenwohnungen, Altenheimen und Altenkliniken" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 353-368

Eisele, F. "Das Altenkrankenheim zwischen Altenpflegeheim und Altenkrankenhaus" Blätter der Wohlfahrtspflege, 1969, Heft 12, 381-382

Eitner, S. "Die altersadäquate Wohnung" Dtsch. Ges.wesen, 1967, Heft 46, 2192-2195

Fürer, H. "Die Pflege des alten Menschen" Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 1968, Heft 10/11, 266-267

Genz, H. und Köhler, K. "Untersuchungen zum Problem der stationären Versorgung betagter chronisch-kranker Menschen" Das öffentliche Gesundheitswesen, 1968, Heft 8, 266-272

Harmsen, H. "Die Wohnung als Heim des alten Menschen" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 320-325

Haag, G. "Altenhilfe zwischen Tradition und Zukunft" Blätter der Wohlfahrtspflege, 1969, Nr.12 364-370

Harlfinger, H. "Die Klage des alten Menschen: Wer hört uns an?" Landarzt, 1968, Heft 1, 22-27

Hyams, D.E. "Psychological Factors in Rehabilitation of the Elderly" Geront.clin., Bd.11, 1969, 129-136

Knappe. K. "Vorsorge und Sozialhygiene in der Geriatrie" Blätter der Wohlfahrtspflege, 1969, Nr.12 377-381

Lehr, U. "Institutionalisierung älterer Menschen als psychologisches Problem - Ergebnisse der empirischen Forschung" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 344-352

Mühe, G. "Die Versorgung von Chronisch- und Langfristigkranken in Berlin" Krankenhausarzt, 1969, Heft 3, 82-85

Neff, D. "Sozialpsychologische Probleme alter Menschen im Heim" Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 1967, Heft 8, 230-232

Neff-Pakusch, D.	"Sozialpsychologische Probleme in Altenheimen und die daraus sich ergebenden Konsequenzen für die Planung" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 261-265
Pathy, M.S.	"Day Hospitals For Geriatric Patients" The Lancet, 1969, II, 533-535
Rustemeyer	"Zweck und Ziel der Beschäftigungstherapie in Alterskrankenhäusern und Altenheimen, sowie Wege dorthin" Gesundheitsfürsorge, 1968, Heft 12, 211-214
Schmitt, H.	"Programm zur Förderung gesellschaftspolitischer Maßnahmen für die ältere Generation" Blätter der Wohlfahrtspflege, 1969, Nr.12 371-373
Schmitz-Scherzer, R., Renner, M. und Olbrich, E.	"Freizeit und Alter" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 252-260
Specht, K.G.	"Grundgedanken zu dem Kongreßteil "Soziologie in der Gerontologie" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.1, 1967, 266-267
Steinmann, B.	"Heimversorgung der alten Menschen in gesunden und kranken Tagen in der Schweiz" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 334-340
Steinmann, B.	"Medizinisch-soziale Probleme im Alter" Praxis, 1968/22, 805-811
Schubert, R.	"Die Familie das beste Altenheim?" Ärztliche Praxis, 1970, Nr.28
Störmer, A.	"Heimversorgung der alten Menschen in gesunden und kranken Tagen" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 326-333

Thoma, M. "Ziel und Grenzen der Heimunterbringung alter Menschen" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 294-297

Thoma, M. "Das Angebot an Heimplätzen für gesunde und kranke alte Menschen" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 340-344

Thomae, H. und Lehr, U. "Altern - Probleme und Tatsachen" Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M. 1968, Akademische Reihe

Urban, H. "Probleme der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Alterspatienten nach deren Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung" Das Deutsche Gesundheitswesen, Jg.17, 1371-1374

Zonneveld van, R.J. "Einige Bemerkungen über Gerontologie" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968 300-301

Weller, A. "Das Bundessozialhilfegesetz als Grundlage der Betreuung alter Menschen" Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bd.3, 1968, 291-293

Zapfe, H. "Krankheit und Alter" Berliner Medizin, 1968, Heft 3, 139-148

N.N. "Aus der praktischen Arbeit - Altersprobleme" Soziale Arbeit, 1970, Heft 1, 23-24

N.N. "Der behinderte alte Mensch in seiner Umwelt" Blätter der Wohlfahrtspflege, 1967, Heft 12, 430-431

Bernhard Kamper

1 Berlin 33, im Jan. 1975
Löhleinstraße 45

L e b e n s l a u f

des

Bernhard Kamper, geboren am 17. Mai 1944 in Straelen, Kreis Geldern, Deutschland.
Allgemeinbildende Schulen von 1950 bis 1965 mit Schulabschluß Abitur am 22. Februar 1965.
Danach zweijährige Ausbildung zum pharmazeutisch - technischen Assistenten. Abschließende pharmazeutische Vorprüfung am 16. März 1967. Note: Gut.
Anschließend ab Sommersemester 1967 Studium der Humanmedizin in Westberlin/Düsseldorf/Westberlin. Ärztliche Prüfung an der Freien Universität Berlin am 28. Februar 1973. Note: Sehr gut.
Medizinalassistententätigkeit im Pathologischen Institut und in der Chirurgischen Poliklinik des Klinikums Westend der Freien Universität Berlin sowie auf der Inneren Abteilung des Städtischen Behring - Krankenhauses in Berlin/Zehlendorf.
SeitJanuar 1975 Assistenzarzt in der Inneren Abteilung des letztgenannten Krankenhauses.